1. ° de enero – 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cobertura para 2027:

Sus beneficios y servicios médicos de Medicare y su cobertura de medicamentos como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice (HMO D-SNP)

Este documento le ofrece información sobre su cobertura médica y de farmacia de Medicare desde el 1. º de enero al 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Use este documento para comprender la siguiente información:

- La prima de su plan y los costos compartidos.
- Sus beneficios médicos y de farmacia.
- Cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros.
- Otras protecciones exigidas por las leyes que rigen Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios al Miembro al 1-833-467-3302 (711 para TTY). Los horarios son los siguientes: del 1. ° de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1. ° de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Esta llamada es gratuita.

Este plan, AmeriHealth Caritas VIP Care Choice, es ofrecido por AmeriHealth Caritas VIP Next, Inc. Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa AmeriHealth Caritas VIP Next, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa AmeriHealth Caritas VIP Care Choice).

Este documento está disponible de manera gratuita en español.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-833-467-3302 (TTY 711)** del 1. º de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, y del 1. º de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Servicios al Miembro cuenta con servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan inglés (los números de teléfono están impresos al dorso de este folleto).

Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita este documento en un formato alternativo, como letra grande, braille o audio.

Aprobación de OMB 0938-1051 (Expira: 31 de julio de 2029)

Los beneficios, los deducibles y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1. º de enero de 2028.

Nuestro formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectar a sus beneficios con al menos 30 días de anticipación.

Aprobación de OMB 0938-1051 (Expira: 31 de julio de 2029)

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6

SECCIÓN 3 Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud 8

SECCIÓN 4 Materiales importantes sobre la membresía 9

SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027 11

SECCIÓN 6 Más información sobre la prima mensual de su plan 18

SECCIÓN 7 Mantenga su registro de membresía del plan actualizado 18

SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 19

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes 21

SECCIÓN 1 Contactos de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice 21

SECCIÓN 2 Reciba ayuda de Medicare 25

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) 26

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) 27

SECCIÓN 5 Seguro Social 28

SECCIÓN 6 Medicaid 29

SECCIÓN 7 Programas que ayudan con el pago de medicamentos con receta 31

SECCIÓN 8 Junta de Retiro de Empleados Ferroviarios (RRB) 35

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos 37

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan 37

SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red de nuestro plan para recibir atención médica y otros servicios 39

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios de atención en una emergencia, desastre o urgencia 44

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si le facturan directamente a usted el costo total de sus servicios cubiertos? 46

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 47

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una institución religiosa no médica de atención de la salud 49

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad del equipo médico duradero 50

CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto) y lo que usted paga .. 52

SECCIÓN 1 Cómo entender sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos 52

SECCIÓN 2 El cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y costos ... 54

SECCIÓN 3 Servicios que están cubiertos fuera de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice 106

SECCIÓN 4 Servicios que no cubre nuestro plan (exclusiones) 108

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D 111

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan 111

SECCIÓN 2 Surta su receta médica en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedidos por correo de nuestro plan 112

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la lista de medicamentos de nuestro plan 116

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura 118

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría 120

SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año 123

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 125

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 126

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 127

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 128

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 131

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 131

SECCIÓN 2 Etapas del pago de medicamentos para los miembros de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice 134

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios de la Parte D* explica en qué etapa de pago está 134
SECCIÓN 4 Etapa del deducible 136
SECCIÓN 5 Etapa de cobertura inicial 136
SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica 145
SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D 145

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos 148
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte por los servicios o medicamentos cubiertos 148
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 151
SECCIÓN 3 Examinaremos su solicitud de pago para decidir si pagaremos o no 152

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 154
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y consideraciones culturales 154
SECCIÓN 1 Our plan must honor your rights and cultural sensitivities 155
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 161

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 163
SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 163
SECCIÓN 2 Dónde recibir más información y ayuda personalizada 164
SECCIÓN 3 Qué procesos usar para su problema 165
SECCIÓN 4 Cómo manejar sus problemas con los beneficios de Medicare 166
SECCIÓN 5 Una guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones 166
SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 170
SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 178
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una admisión hospitalaria más larga si considera que está recibiendo el alta demasiado pronto 190

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto 195

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 199

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 202

SECCIÓN 12 Cómo manejar sus problemas con los beneficios de Medicaid 207

CAPÍTULO 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan..... 208

SECCIÓN 1 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 208

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 208

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 212

SECCIÓN 4 Debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos mediante nuestro plan hasta que su membresía termine 213

SECCIÓN 5 AmeriHealth Caritas VIP Care Choice debe finalizar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones..... 213

CAPÍTULO 11: Avisos legales 216

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente..... 216

SECCIÓN 2 Aviso contra la discriminación..... 216

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario 218

CAPÍTULO 12: Definiciones 219

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

Sección 1.1 Usted está inscrito en AmeriHealth Caritas VIP Care Choice, que es un plan de necesidades especiales de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa de seguro médico federal para personas de 65 años y mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Usted ha elegido recibir la atención médica de Medicare y la cobertura de medicamentos a través de nuestro plan, AmeriHealth Caritas VIP Care Choice. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en nuestro plan difieren de Original Medicare.

AmeriHealth Caritas VIP Care Choice es un plan especializado de Medicare Advantage (un plan de necesidades especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. AmeriHealth Caritas VIP Care Choice está diseñado para personas que tienen Medicare y que tienen derecho a recibir ayuda de Medicaid.

Debido a que recibe ayuda de Medicaid con sus costos compartidos de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no deba pagar nada por sus servicios de Medicare. Es posible que Medicaid también brinde otros beneficios al cubrir servicios médicos que generalmente no cubre Medicare. Usted también puede recibir Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. AmeriHealth Caritas VIP Care Choice lo ayudará a manejar todos estos beneficios para que reciba los servicios médicos y la ayuda con los pagos a los que tiene derecho.

AmeriHealth Caritas VIP Care Choice es administrado por una empresa privada. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este plan para necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con la División de Medicaid y Asistencia Médica (DMMA) para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle la cobertura de Medicare, incluida la cobertura de medicamentos.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo AmeriHealth Caritas VIP Care Choice cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario) y los avisos que reciba de nosotros con respecto a los cambios en su cobertura o las condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se llaman *cláusulas* o *enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en AmeriHealth Caritas VIP Care Choice entre el 1. º de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice después del 31 de diciembre de 2027. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2027.

AmeriHealth Caritas VIP Care Choice debe contar con la aprobación de Medicare (los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid) y la División de Medicaid y Asistencia Médica (DMMA). Puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan todos los años siempre y cuando decidamos continuar ofreciendo nuestro plan, y la División de Medicaid y Asistencia Médica (DMMA) renueven la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área de servicio geográfica (descrita en la Sección 2.3). No se considera que las personas encarceladas viven en el área de servicio geográfica, aunque se encuentren físicamente en el territorio.
- Usted es un ciudadano de los Estados Unidos, persona con nacionalidad estadounidense o no ciudadano que reúne los requisitos.
- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

Nota: Si pierde su elegibilidad para el Programa de Asistencia Médica de Delaware (Medicaid), pero es razonable esperar que la recupere en un plazo de seis meses, seguirá reuniendo los requisitos para ser miembro. El Capítulo 4, Sección 2.1, habla sobre la cobertura y los costos compartidos durante este período.

Sección 2.2 Medicaid

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

Además, Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas a pagar sus gastos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos Programas de Ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Programa de Beneficiario Calificado de Medicare únicamente (QMB únicamente):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos) correspondientes a los servicios de Medicare prestados por proveedores de Medicare.
- **Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos de Medicare únicamente (SLMB únicamente):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas calificadas (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas calificadas discapacitadas que trabajan (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Sección 2.3 El área de servicio del plan para AmeriHealth Caritas VIP Care Choice

AmeriHealth Caritas VIP Care Choice solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio de nuestro plan. A continuación, se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Delaware: Kent, New Castle y Sussex.

Si tiene planes de mudarse a otro estado, deberá comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y consultar cómo la mudanza puede afectar a sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) para ver si tenemos un plan en su área nueva. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan médico o un plan de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante que llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.4 Ciudadano de los Estados Unidos, persona con nacionalidad estadounidense o no ciudadano que reúne los requisitos

Usted debe ser ciudadano de los Estados Unidos, tener nacionalidad estadounidense o no ser ciudadano pero reunir los requisitos para ser miembro de un plan médico de Medicare. Medicare (los Centros para servicios de Medicare y Medicaid) notificará a AmeriHealth Caritas VIP Care Choice si usted no es elegible para permanecer como miembro de nuestro plan según lo anterior. AmeriHealth Caritas VIP Care Choice deberá cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud

Sección 3.1 Evaluación de riesgos para la salud

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

Debemos realizarle una HRA. La HRA es la base para elaborar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus factores médicos, de salud conductual y de estilo de vida, así como sus antecedentes médicos familiares, los determinantes sociales de la salud y sus necesidades funcionales.

Nos pondremos en contacto con usted para completar la HRA. Puede completar su HRA por teléfono a través de Servicios al Miembro, por correo postal enviando una copia impresa que puede solicitar a Servicios al Miembro, o en línea a través del sitio web del plan. Le

enviaremos más información sobre esta HRA. Luego, nos pondremos en contacto con usted anualmente para actualizar la información y determinar si sus necesidades han cambiado.

Sección 3.2 Equipo de atención y plan de atención

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

Usted colabora con un equipo de atención para elaborar un plan de atención basado en sus preferencias. Un plan de atención le indica a usted, a sus médicos y al resto de los profesionales médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual y de Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS), así como otros servicios.

Su plan de atención incluye:

- Sus objetivos de atención médica según el orden de prioridad que usted haya establecido
- Sus preferencias personales sobre atención médica
- La descripción y el calendario de los servicios adaptados a su salud
- La función de su cuidador, si corresponde
- La descripción de problemas específicos, los objetivos y las intervenciones
- Los progresos hacia los objetivos
- La planificación de la atención para garantizar su continuidad, las transiciones en la atención, etc.

Su equipo de atención se reunirá con usted tras su HRA. Le preguntarán sobre los servicios que necesita. Además, le informan sobre los servicios que tal vez quiera solicitar. Su equipo de atención colabora con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año o cuando sea necesario, en caso de que se produzcan cambios en su estado de salud.

SECCIÓN 4 Materiales importantes sobre la membresía

Sección 4.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Use su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtiene en las farmacias de la red. También deberá mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Ejemplo de tarjeta de membresía:

NO use su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos por su cuenta. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios de hospital, servicios de atención de enfermos terminales o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de miembro de nuestro plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 4.2 Directorio de proveedores

El *directorio de proveedores* (www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice/member-2027/find-provider) enumera nuestros proveedores médicos de la red y proveedores de equipos médicos duraderos actuales. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros médicos que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y todo costo compartido del plan como pago total.

Deberá usar proveedores de la red para recibir su atención médica y sus servicios. Si va a otro lugar sin la autorización adecuada, tendrá que pagar el costo total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible recibir servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que AmeriHealth Caritas VIP Care Choice autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores médicos y proveedores de equipos e insumos también está disponible en nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede pedirle una copia (electrónica o impresa) a Servicios al Miembro llamando al **1-833-467-3302** (**711** para TTY). Las solicitudes de copias

impresas del *directorio de proveedores* se enviarán por correo postal dentro de los tres días hábiles.

Sección 4.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* (www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice/member-2027/network-pharmacy) enumera las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son aquellas que aceptan surtir recetas médicas cubiertas a nuestros miembros del plan. Use el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para consultar información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede pedirle una copia a Servicios al Miembro llamando al**1-833-467-3302** (**711** para TTY). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice.

Sección 4.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). Esta lista le indica cuáles medicamentos con receta están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D en AmeriHealth Caritas VIP Care Choice. Nuestro plan selecciona los medicamentos en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos del Programa de Negociación de los Precios de los Medicamentos de Medicare se incluirán en su lista de medicamentos, a menos que los hayan quitado o remplazado según lo descrito en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice.

La Lista de medicamentos también le indica si hay alguna norma que restrinja la cobertura de un medicamento.

Le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice/member-2027/pharmacy-benefits o llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY).

SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan*	**$0**

	Sus costos en 2027
* Su prima puede ser más alta que este monto. Consulte la Sección 5.1 para más información.	
Gasto máximo de bolsillo Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y B. (Consulte el Capítulo 4, Sección 1 para obtener más información.)	**$9,250** **Si es elegible para la ayuda de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, es muy probable que usted no sea responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que contribuya al límite de los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.**
Visitas al consultorio de atención primaria	**0% de coseguro por visita**
Visitas al consultorio de un especialista	**20% de coseguro por visita** **Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0 por visita.**
Hospitalizaciones Incluye diversas hospitalizaciones, tales como la atención de agudos, la rehabilitación y la atención a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que es admitido formalmente por orden médica y finaliza el día anterior a su alta.	**$1500 de copago por admisión** **Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0.**
Cobertura de medicamentos de la Parte D	**Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D:**

	Sus costos en 2027
(Consulte el Capítulo 6 para obtener más información, incluidos el deducible anual, la cobertura inicial y la cobertura catastrófica.)	**Si usted <u>califica para recibir Ayuda Adicional</u> de Medicare para ayudarle a pagar sus medicamentos recetados, usted paga:** **$0 de deducible** **Si usted <u>no califica para recibir Ayuda Adicional</u> de Medicare para ayudarle a pagar sus medicamentos recetados, usted paga:** **$120 de deducible para los medicamentos de Nivel 3 – Nivel 5** ***(excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D)*** **Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:** **Si usted <u>califica para recibir Ayuda Adicional</u> de Medicare para ayudarle a pagar sus medicamentos recetados, usted paga:** **Para los medicamentos genéricos cubiertos (incluidos los medicamentos de marca que se consideran genéricos): un copago de $0, $1.65 o $5.80** **Para el resto de los medicamentos: un copago de $0, $5 o $14.40** **Si usted <u>no califica para recibir Ayuda Adicional</u> de Medicare para ayudarle a pagar sus medicamentos recetados, usted paga:** **Medicamento de Nivel 1 – Genérico preferido: $0 de copago**

	Sus costos en 2027
	Medicamento de Nivel 2 – Genérico: $3 de copago para un suministro de 30 días **Medicamento de Nivel 3 – Marca preferida: 25% del costo total** ***(Usted no paga más de $35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel)*** **Medicamento de Nivel 4 – Medicamento no preferido: 25% del costo total** ***(Usted no paga más de $35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel)*** **Medicamento de Nivel 5 – Especialidad: 31% del costo total** ***(Usted no paga más de $35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel)*** **El costo compartido se basa en el nivel de Ayuda Adicional que usted recibe. Si usted califica para recibir Ayuda Adicional, pagará el copago correspondiente a Ayuda Adicional o el costo del nivel del medicamento, el que sea menor.** **Etapa de cobertura catastrófica:** **Durante esta etapa de pago, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 5.1)

- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 5.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 5.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 5.4)
- Monto de plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 5.5)

Sección 5.1 Prima del plan

Usted no paga ninguna prima mensual aparte por AmeriHealth Caritas VIP Care Choice.

Sección 5.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Algunos miembros están obligados a pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anteriormente, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid, así como tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. A la mayoría de los miembros de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice, Medicaid les paga la prima de la Parte A (si no califica automáticamente para ello) y la prima de la Parte B.

Si Medicaid no le paga sus primas de Medicare, usted debe seguir pagándolas para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También es posible que tenga que pagar una prima de la Parte A si no cumple los requisitos para obtener la Parte A sin prima.

Sección 5.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D (LEP)

Como usted tiene doble elegibilidad, la LEP no se le aplica siempre que mantenga su doble elegibilidad. Sin embargo, si pierde su condición de doble elegibilidad, es posible que incurra en una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si en algún momento posterior a su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días o más días consecutivos en los que no tuvo la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos. La cobertura acreditable de medicamentos con receta es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que estuvo sin Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta. Por lo general, deberá pagar esta multa el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudarlo con los costos de los medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días consecutivos sin la cobertura de la Parte D o una cobertura acreditable.

- Tiene una cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente (como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos [VA]). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le indicará cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Puede recibir esta información a través de una carta o un boletín informativo de ese plan. Tenga a mano esta información, ya que es posible que la necesite si se suma más tarde a un plan de medicamentos de Medicare.

  - **Nota:** Una carta o aviso deben indicar que usted tuvo una cobertura acreditable de medicamentos con receta que se espera que pague tanto como lo que paga el plan de medicamentos con receta de Medicare.
  - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuento para medicamentos no cuentan como cobertura acreditable de medicamentos con receta.

Medicare determina el costo de la multa por inscripción tardía de la Parte D. La manera en que funciona es la siguiente:

- Primero, cuente el número de meses completos que tardó en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare después de haber cumplido los requisitos para inscribirse. O cuente el número de meses completos que no tuvo cobertura acreditable de medicamentos si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más.
- Luego, Medicare determina el costo de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación correspondiente al año anterior (prima básica nacional del beneficiario). En 2027, este monto promedio de la prima es $41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica el número de meses sin cobertura (porcentaje de la multa) por el 1% de la prima base nacional para beneficiarios y, a continuación, redondea esa cantidad a los 10 céntimos más cercanos. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin la Parte D u otra cobertura acreditable, la multa sería del 14% multiplicado por $41.33, lo que equivale a $5.78. El valor redondeado es de $5.80. Este monto se sumaría **a la prima mensual del plan para una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Tres aspectos importantes para conocer sobre la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- **Es posible que la multa cambie cada año**, ya que la prima básica nacional del beneficiario puede cambiar año tras año.
- **Por lo general, usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo en que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.

- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en que no tenga cobertura luego de su período de inscripción inicial por cumplir la edad para Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden pedir una reconsideración (apelación) de la multa. La reconsideración la realiza una organización independiente que no está conectada con nosotros. En general, deberá solicitar esta reconsideración **dentro de los primeros 60 días** desde la fecha en la primera carta que indica que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si ya estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, por lo general no tendrá otra oportunidad de solicitar que se reconsidere dicha multa por inscripción tardía.

Sección 5.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Si pierde su elegibilidad para este plan debido a un cambio en sus ingresos, es posible que deba pagar un costo adicional por su plan de Medicare, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D (IRMAA). El cargo adicional se calcula a partir de su ingreso bruto ajustado modificado según lo que informó en su declaración de ingresos IRS de hace 2 años. Si este valor supera un cierto monto, deberá pagar el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizá deba pagar según sus ingresos, visite Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un monto adicional IRMAA, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta para informarle cuánto será ese monto adicional. El monto adicional se retendrá de su Seguro Social, Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o cheque de beneficios de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo paga su 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 IRMAA al gobierno. No puede pagarse con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional IRMAA, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con tener que pagar el monto adicional IRMAA, puede pedir que el Seguro Social revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (1-800-325-0778 para usuarios de TTY).

Sección 5.5 Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, todos los meses pagará su prima del plan (si tiene uno) y recibirá una factura de su plan médico o de farmacia

para sus medicamentos con receta (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeuda por cualquier medicamento con receta que reciba, además de su saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

En el Capítulo 2, Sección 7, se explica con más detalle el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 6 Más información sobre la prima mensual de su plan

Sección 6.1 La prima mensual de su plan no cambiará durante el año

No tenemos permitido cambiar la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1. ° de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que tenga que empezar a pagarla.

- Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si se desafilia del plan y pasa un período de 63 días consecutivos o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos.

Consulte más información sobre la Ayuda Adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 7 Mantenga su registro de membresía del plan actualizado

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica del plan, que incluye su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores en la red de nuestro plan **usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus costos compartidos**. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Si hay alguno de los siguientes cambios, háganoslo saber:

- Cambio de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de médica que tenga (como la de su empleador, la del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación de los trabajadores o Medicaid).

- Cualquier reclamo por daños y perjuicios, como reclamos por un accidente automovilístico.
- Si lo ingresaron a un hogar de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital fuera del área o fuera de la red o en una sala de emergencias.
- Si cambia su parte responsable designada (como un cuidador, por ejemplo).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No tiene la obligación de informar a nuestro plan sobre los estudios de ensayo clínico en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY).

También es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige recabar información sobre cualquier cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar dicha cobertura con los beneficios de nuestro plan. Esto se llama **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que se detallen las demás coberturas médicas o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no esté enumerada, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY). Es posible que deba dar su número de ID del plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen en tiempo y forma.

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura médica grupal de su empleador), las normas de Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (el “pagador primario”) lo hace hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (el “pagador secundario”), solo paga si quedan gastos sin cubrir por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que quedaron sin cubrir. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas corresponden a la cobertura del plan médico del empleador o del sindicato:

- Si usted tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan médico grupal se basa en su empleo actual o en el de un integrante de su familia, quién paga primero depende de su edad, de la cantidad de

personas empleadas por su empleador y si usted tiene Medicare debido a la edad, una discapacidad o por tener una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):

- Si tiene menos de 65 años y es discapacitado y usted (o un integrante de su familia) sigue trabajando, su plan médico grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.
- Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) sigue trabajando, su plan médico grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples con más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan médico grupal pagará primero por los primeros 30 meses posteriores a ser elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil).
- Responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Compensación de los trabajadores.

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice

Para recibir ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice. Estaremos a su entera disposición.

Servicios al Miembro: información de contacto	
Teléfono	**1-833-467-3302** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1. º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1. º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Servicios al Miembro **1-833-467-3302** (**711** para TTY) también cuenta con servicios de interpretación de idiomas para las personas que no hablen inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1. º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1. º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
Fax	**1-888-812-1696**
Correo postal	AmeriHealth Caritas VIP Care Choice Member Services P.O. Box 7108 London, KY 40742-7108
Sitio web	www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice

Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre su atención médica y 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 pagamos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o presentar apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre atención médica o medicamentos de la Parte D: información de contacto	
Teléfono	**1-833-467-3302** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1. º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1. º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1. º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1. º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
Fax	**Decisiones de cobertura de atención médica: 1-833-329-8601** **Decisiones de cobertura de medicamentos de la Parte D: 1-844-480-1514 (estándar) y 1-877-259-0071 (urgente)** **Apelaciones sobre la atención médica y los medicamentos de la Parte D: 1-855-221-0046**
Correo postal	**Decisiones de cobertura de atención médica:** AmeriHealth Caritas VIP Care Choice Prior Authorization Medical Care P.O. Box 7108 London, KY 40742-7108 **Decisiones de cobertura de medicamentos de la Parte D:** AmeriHealth Caritas VIP Care Choice Attn: Pharmacy PA Member Prescription Coverage Determination 200 Stevens Drive Philadelphia, PA 19113-9808

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre atención médica o medicamentos de la Parte D: información de contacto	
	Apelaciones sobre la atención médica y los medicamentos de la Parte D: AmeriHealth Caritas VIP Care Choice Attn: Appeals P.O. Box 80109 London, KY 40742-0109
Sitio web	www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice

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

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto	
Teléfono	**1-833-467-3302** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1. º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1. º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1. º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1. º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
Fax	**1-888-812-1696**

Quejas sobre la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto	
Correo postal	AmeriHealth Caritas VIP Care Choice Attn: Customer Experience, Grievances, and Complaints P.O. Box 7140 London, KY 40742-7140
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre AmeriHealth Caritas VIP Care Choice directamente ante Medicare, consulte Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo pedirnos que paguemos el costo de la atención médica o de los medicamentos que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que considera que nosotros deberíamos pagar, es posible que deba pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago: información de contacto	
Teléfono	**Solicitudes de pago de atención médica: 1-833-467-3302** **Solicitudes de pago de medicamentos: 1-844-657-2255** Las llamadas a estos números son gratuitas. Del 1. ° de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p.m. Del 1. ° de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1. ° de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1. ° de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
Correo postal	**Solicitudes de pago de atención médica:** AmeriHealth Caritas VIP Care Choice P.O. Box 7108 London, KY 40742-7108 **Solicitudes de pago de medicamentos:**

Solicitudes de pago: información de contacto	
	AmeriHealth Caritas VIP Care Choice Attn: Direct Member Reimbursement P.O. Box 516 Essington, PA 19029
Sitio web	www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice

SECCIÓN 2 Reciba ayuda de Medicare

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

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

Medicare: información de contacto	
Teléfono	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo de teléfono especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
Correo postal	Escriba a Medicare at P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044.
Sitio web	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos su precio y qué servicios brindan. • Encuentre médicos que participen en Medicare u otros proveedores médicos y proveedores de equipos e insumos.

Medicare: información de contacto	
	• Infórmese sobre lo que cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, vacunas y visitas anuales de rutina, también llamadas de "bienestar"). • Obtenga información sobre las apelaciones de Medicare y los formularios. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por los planes, los hogares de ancianos, los hospitales, los médicos, las agencias de salud a domicilio, los centros de diálisis, los centros de atención para enfermos terminales, los centros de rehabilitación con internación y los hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre AmeriHealth Caritas VIP Care Choice. **Para presentar una queja ante Medicare**, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda e información gratuitas, y responde a sus preguntas sobre Medicare. En Delaware, el SHIP se llama Oficina de Asistencia de Medicare de Delaware.

La Oficina de Asistencia de Medicare de Delaware es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan médico) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Los asesores de la Oficina de Asistencia de Medicare de Delaware pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, presentar quejas sobre la atención médica o tratamiento, y resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de la Oficina de Asistencia de Medicare de Delaware también pueden ayudarlo si tiene preguntas o problemas sobre Medicare o a comprender las opciones que tiene con respecto a los planes de Medicare y cómo cambiar de un plan a otro.

Oficina de Asistencia de Medicare de Delaware: información de contacto	
Teléfono	1-302-674-7364 o 1-800-336-9500 de lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Correo postal	Department of Insurance 1351 West North Street, Suite 101 Dover, DE 19904
Sitio web	www.insurance.delaware.gov/DMAB

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

Una Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) designada atiende a las personas con Medicare en cada estado. En Delaware, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Commence Health.

Commence Health cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Commence Health es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Comuníquese con Commence Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de problemas con la calidad incluyen recibir los medicamentos equivocados, pruebas o procedimientos innecesarios, o un mal diagnóstico.
- Considera que la cobertura de su hospitalización se termina demasiado pronto.
- Siente que la cobertura de su atención médica domiciliaria, la atención en un establecimiento de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) está finalizando demasiado pronto.

Commence Health (Organización para la Mejora de la Calidad de Delaware): información de contacto	
Teléfono	1-833-396-4646 de lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m. (hora local) sábado, domingo y feriados de 10 a. m. a 4 p. m. (hora local) Buzón de voz disponible las 24 horas
TTY	711

Commence Health (Organización para la Mejora de la Calidad de Delaware): información de contacto	
Correo postal	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
Sitio web	www.commencehealthqio.cms.gov/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y administra la inscripción a Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes tienen que pagar un monto adicional para la cobertura de los medicamentos de la Parte D porque tienen un ingreso más alto. Si recibe una carta del Seguro Social que dice que debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si su ingreso se redujo debido a un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar una reconsideración.

Comuníquese con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo.

Seguro Social: información de contacto	
Teléfono	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Use los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo de teléfono especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes.
Sitio web	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. En Delaware, el programa de Medicaid se llama Programa de Asistencia Médica de Delaware (Medicaid).

Como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice, usted está inscrito tanto en Medicare como en Medicaid.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus gastos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos "programas de ahorros de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Programa de Beneficiario Calificado de Medicare únicamente (QMB únicamente):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos) correspondientes a los servicios de Medicare prestados por proveedores de Medicare.
- **Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos de Medicare únicamente (SLMB únicamente):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas calificadas (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas calificadas discapacitadas que trabajan (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con la División de Medicaid y Asistencia Médica (DMMA).

División de Medicaid y Asistencia Médica (DMMA) (Programa de Asistencia Médica de Delaware [Medicaid]): información de contacto	
Teléfono	1-302-255-9500 o 1-800-372-2022 de lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. de lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.

División de Medicaid y Asistencia Médica (DMMA) (Programa de Asistencia Médica de Delaware [Medicaid]): información de contacto	
Correo postal	DHSS Herman Holloway Campus, Lewis Building 1901 North Dupont Highway New Castle, DE 19720
Sitio web	dhss.delaware.gov/dmma

La Office of the Ombudsperson for the Common Interest Community (Oficina del Defensor del Pueblo para la Comunidad de Interés Común) ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de facturación o servicio. Pueden ayudarle a presentar una queja formal o apelación ante nuestro plan.

Oficina del Defensor del Pueblo para la Comunidad de Interés Común (Defensor estatal): información de contacto	
Teléfono	1-302-683-8836, o desde fuera del condado de New Castle, 1-800-220-5424
TTY	1-302-424-7141 Este número requiere un equipo de teléfono especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades con la audición o el habla.
Correo postal	Christopher J. Curtin, Deputy Attorney General Common Interest Community Ombudsperson 820 North French Street Wilmington, DE 19801
Sitio web	attorneygeneral.delaware.gov/fraud/cpu/ombudsperson/

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

Defensor del Pueblo (Ombudsman) para la Atención a Largo Plazo de Delaware: información de contacto	
Teléfono	1-855-773-1002 de lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
TTY	711

Defensor del Pueblo (Ombudsman) para la Atención a Largo Plazo de Delaware: información de contacto	
Correo postal	Long Term Care Ombudsman 18 North Walnut Street Milford, DE 19963
Sitio web	dhss.delaware.gov/office-of-the-secretary/long-term-care-ombudsman-program/

SECCIÓN 7 Programas que ayudan con el pago de medicamentos con receta

El sitio web de Medicare (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre las maneras de bajar los costos de sus medicamentos con receta. Los programas siguientes pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda Adicional de Medicare

Si tiene alguna pregunta sobre la Ayuda Adicional, llame a alguno de los siguientes:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- Su oficina estatal de Medicaid al 1-302-255-9500 o 1-800-372-2022 (711 para TTY), de lunes a viernes, 8 a. m. a 4:30 p. m.

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

- Comuníquese con Servicios al Miembro para solicitar ayuda o para brindar uno de los documentos enumerados a continuación para establecer el nivel correcto de copago. Tenga en cuenta que todos los documentos siguientes deben demostrar que usted era elegible para Medicaid durante algún mes posterior a junio del año anterior:
    - Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre, fecha de elegibilidad y nivel de cobertura.

- Un informe de contacto que incluya la fecha en que se realizó la llamada de verificación a la Oficina de Medicaid, y el nombre, cargo y número de teléfono del miembro del personal del Estado que verificó su nivel de beneficios de Medicaid o su estado de elegibilidad para Medicaid.
- Una copia de un documento del estado que confirme que su cobertura está activa.
- Una impresión del archivo de inscripción electrónica estatal que muestre el estado de elegibilidad para Medicaid.
- Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid que muestren su estado ante Medicaid.
- Otra documentación provista por el Estado que muestre el estado de elegibilidad para Medicaid.
- Un aviso de Asignación de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) con fecha de entrada en vigencia.
- Una carta de “Información importante” de la Administración del Seguro Social (SSA) que confirme que usted “tiene derecho a recibir Ayuda Adicional” automáticamente.

- Si usted es un miembro que está institucionalizado, brinde uno o más de los siguientes:
  - Un remito de un centro médico de atención a largo plazo que muestre el pago de Medicaid para un mes calendario completo.
  - Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid a un centro médico de atención a largo plazo por un mes calendario completo a su nombre.
  - Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid que muestre que está institucionalizado por lo menos con un mes calendario completo de permanencia para el pago de Medicaid.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre el nivel de copago adecuado, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda realizar el copago correcto cuando retire su siguiente receta. Si paga una suma superior a la de su copago, le devolveremos el dinero, ya sea por cheque o con un crédito para un futuro copago. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ellos, podemos hacerle el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) si tiene alguna pregunta.

La mayoría de nuestros miembros califican para recibir Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos bajo receta y ya la están recibiendo.

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional y la cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar los medicamentos recetados, las primas de plan de medicamentos u otros costos de los medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

Programa de Asistencia para Medicamentos de Delaware (DPAP) (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica)	
Teléfono	1-844-245-9580 de lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Correo postal	DXC DPAP P.O. Box 950 New Castle, DE 19720-0950
Sitio web	dhss.delaware.gov/dmma/dpap/

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos vitales para tratar el VIH. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos de recetas médicas a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP de Delaware).

Nota: Para ser elegible para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen la prueba de residencia en el estado y el estado de su VIH, los bajos ingresos (según lo definido por el estado) y el estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique al trabajador que lo inscribió en el ADAP local para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP de Delaware).

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP de Delaware)	
Teléfono	1-302-744-1050
Fax	1-302-739-2548
Correo postal	Thomas Collins Building 540 South DuPont Highway Dover, DE 19901
Sitio web	adap.directory/delaware

Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica que ayudan a las personas a pagar los medicamentos bajo receta basados en su necesidad económica, edad, estado de salud o discapacidades. Cada estado tiene diferentes normas para proporcionar la cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Delaware, el Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica es el Programa de Asistencia para Medicamentos de Delaware (DPAP).

Programa de Asistencia para Medicamentos de Delaware (DPAP) (Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica): información de contacto	
Teléfono	1-844-245-9580 de lunes a viernes, 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
Correo postal	DXC DPAP P.O. Box 950 New Castle, DE 19720-0950
Sitio web	dhss.delaware.gov/dmma/dpap/

Plan de pago de medicamentos bajo receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos bajo receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo de medicamentos cubiertos por nuestro plan repartiéndolos a lo largo del **año calendario** (enero-diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o plan médico de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no hace que ahorre dinero o reduzca los costos de sus medicamentos. Si participa en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente en 2027. No es necesario que presente una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027.** La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes cumplan los requisitos, ofrece más ventajas que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) o visite Medicare.gov.

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare: información de contacto	
Teléfono	**1-833-467-3302** Las llamadas a este número son gratuitas.

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare: información de contacto	
	Servicios al Miembro **1-833-467-3302** (**711** para TTY) también cuenta con servicios de interpretación de idiomas para las personas que no hablen inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas.
Fax	**1-855-822-9400**
Correo postal	AmeriHealth Caritas VIP Care Choice P.O. Box 7139 London, KY 40742
Sitio web	www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice

SECCIÓN 8 Junta de Retiro de Empleados Ferroviarios (RRB)

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

Junta de Retiro de Empleados Ferroviarios (RRB): información de contacto	
Teléfono	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m. los miércoles. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y a la información grabada las 2 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo de teléfono especial y solo está disponible para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.

Junta de Retiro de Empleados Ferroviarios (RRB): información de contacto	
Sitio web	RRB.gov

CAPÍTULO 3:
Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar nuestro plan para recibir atención médica y otros servicios cubiertos. Para obtener más información sobre la atención médica, los otros servicios que nuestro plan cubre, y cuánto paga usted cuando recibe la atención, consulte el cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son médicos y otros profesionales de atención médica habilitados por el estado para prestar servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros médicos.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros médicos que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y los montos de sus copagos como pago total. Arreglamos que estos proveedores ofrezcan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por su atención médica. Cuando visita a un proveedor de la red, usted solo paga su parte del costo por los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios médicos, los insumos, los equipos y los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos para la atención médica se enumeran en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta se indican en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para recibir atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan

Como plan médico de Medicare, AmeriHealth Caritas VIP Care Choice debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Original Medicare.

Generalmente, AmeriHealth Caritas VIP Care Choice cubrirá su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba está incluida en el cuadro de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** Médicamente necesaria significa que los servicios, insumos, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de la práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
    - No necesita una derivación de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. Para informarse sobre los demás tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Usted debe recibir su atención de los proveedores de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención de un proveedor fuera de la red (que no forma parte de la red de nuestro plan) no está cubierta. Esto significa que usted debe pagarle al proveedor el valor completo de los servicios que reciba. Hay 3 excepciones:
    - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios que necesita con urgencia y que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué se consideran servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
    - Si usted necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden la atención, usted podrá recibir esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que usted generalmente paga dentro de la red. Se exigirá una autorización previa. Se solicitará a su PCP o especialista que brinde información sobre su afección y el plan de tratamiento propuesto para que el plan pueda determinar si el servicio es médicamente necesario. La continuidad de la atención para miembros que participan de un tratamiento continuo con un profesional o proveedor fuera de la red podría estar cubierta, pero será necesaria una autorización previa. En esta situación, cubriremos esos servicios como si los hubiera recibido de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
    - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro médico de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor de este servicio no esté temporalmente disponible o accesible. El costo compartido que le paga a nuestro plan por la diálisis no podrá exceder el costo compartido de Original Medicare. Si

se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe servicios de diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no podrá exceder lo que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para la diálisis no está disponible temporalmente y usted opta por recibir los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido por la diálisis podrá ser mayor.

SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red de nuestro plan para recibir atención médica y otros servicios

Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que proporcione y supervise su atención

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

Cuando usted pasa a ser miembro de nuestro plan, debe elegir a un proveedor del plan de nuestro *Directorio de proveedores* para que sea su PCP. Existen diferentes tipos de médicos que pueden ser PCP. Generalmente, los PCP se especializan en medicina familiar, medicina general o medicina interna. Es posible que también tengamos disponibles otros proveedores especializados como PCP si fuera necesario o apropiado. Si el proveedor se identifica en la sección de PCP del *Directorio de proveedores* y usted cumple con los requisitos (si corresponde) y el panel del PCP está abierto (lo que significa que está aceptando pacientes nuevos), usted puede solicitar que uno de estos médicos calificados sea su PCP.

Además de planificar y coordinar su atención, su PCP:

- Conocerá su historial médico y mantendrá sus expedientes médicos actualizados.
- Responderá preguntas sobre su salud.
- Brindará información sobre alimentación y dieta saludables.
- Le aplicará vacunas y realizará las pruebas que necesita.
- Lo ayudará a recibir atención de otros proveedores, si es necesario.
- Detectará problemas antes de que sean graves.
- Será un defensor del paciente.
- Brindará tratamiento preventivo para afecciones como diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardíacas.
- Para algunos servicios, su PCP o especialista podrían necesitar obtener la aprobación previa de nuestro plan (esto se llama “autorización previa”). En estos casos, se le pedirá a su PCP o especialista que brinden información sobre su afección y el plan de tratamiento propuesto para que AmeriHealth Caritas VIP Care Choice pueda determinar si el servicio es médicamente necesario. Su PCP también sirve como punto

de comunicación central para todos los servicios que recibe. Consultará a otros proveedores del plan sobre su atención y sobre cómo le está yendo. Ya que su PCP brindará y coordinará su atención médica, usted debería enviar todos sus registros médicos previos al consultorio de su PCP.

Cómo elegir a un PCP

Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) con el que se sienta cómodo para que lo atienda y administre todas sus necesidades médicas. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Si quiere consultar los médicos que están disponibles como PCP, consulte nuestro *Directorio de proveedores* impreso, realice una búsqueda en nuestro *Directorio de proveedores* en línea o llame a Servicios al Miembro para confirmar la participación en la red. Tenga en cuenta que cuando cambia de PCP debe programar una consulta tan pronto como sea posible para garantizar que todas las autorizaciones para los servicios correspondientes estén actualizadas.

Si no elige a un PCP dentro de los primeros 14 días desde su inscripción, y AmeriHealth Caritas VIP Care Choice intentó razonablemente brindarle ayuda (por teléfono o por correo postal) para elegir a un PCP pero sin éxito, entonces AmeriHealth Caritas VIP Care Choice le asignará uno y luego los notificará a usted y al PCP sobre la designación. La designación del PCP no afectará de manera negativa a ningún derecho de transición que usted tenga.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También existe la posibilidad de que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que buscar un nuevo PCP. Si su PCP deja la red o ya no participa en la red de proveedores de nuestro plan, usted recibirá una notificación de este cambio, le ofreceremos un PCP de reemplazo o le ayudaremos a seleccionar un nuevo PCP. La notificación de estos cambios se realizará por carta y por una llamada de teléfono de Servicios al Miembro. Si bien nuestro objetivo e intención es avisarle del cambio, con frecuencia estos cambios ocurren de inmediato o con poco aviso. En estos casos, le asignaremos un nuevo PCP. Cuando se lo notifiquemos, si no desea el PCP seleccionado, podrá cambiar a otro PCP de la red disponible que usted elija.

El cambio tendrá efecto dentro de los cinco días hábiles de recibir la solicitud para cambiar de PCP. Los miembros que estén recibiendo un tratamiento activo de un proveedor que suspenda su participación en nuestro plan podrán continuar el tratamiento iniciado previamente con este proveedor hasta completarlo o hasta lograr la transición a un nuevo proveedor. La finalización o transición no podrán exceder los seis meses desde la fecha en que el proveedor suspenda la participación en nuestro plan.

Sección 2.2 Atención médica y servicios que puede recibir sin derivación de un PCP

Puede recibir los siguientes servicios sin la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina de la mujer, que incluye exámenes de mama, mamografías (radiografías de mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que los realice un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de los proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios necesarios con urgencia cubiertos por el plan son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero no son una emergencia) si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable recibir estos servicios de parte de proveedores de la red teniendo en cuenta el momento, el lugar y las circunstancias. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y las lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de dolencias existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de necesidad urgente incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no se encuentra disponible temporalmente.
- Los servicios de diálisis renal en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) antes de salir del área de cobertura, para que podamos ayudarle a organizar su diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera.
- Visitas al consultorio de un especialista
- Atención de salud mental para pacientes ambulatorios
- Servicios de la vista y odontológicos de rutina

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

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con enfermedades del corazón
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones en huesos, articulaciones o músculos

Las solicitudes que requieran autorización previa las puede presentar el miembro, el representante del miembro o el médico tratante/profesional de la salud de manera verbal o por teléfono, fax o correo postal. Los médicos responsables del tratamiento o los profesionales de la salud también pueden solicitar la autorización a través del portal seguro para proveedores.

La autorización previa la lleva a cabo el personal de Administración de la Utilización (UM) que cuenta con el apoyo de médicos certificados. Las decisiones sobre la autorización previa se basan en guías aceptadas a nivel nacional (Criterios de necesidad médica de UM). El personal de UM puede aprobar los servicios solicitados cuando se cumplan los Criterios de necesidad médica de UM.

Las decisiones relativas a rechazar, alterar o aprobar la cobertura para una admisión, servicio, procedimiento o extensión de estadía en una cantidad, duración o alcance que sea menor que la solicitada las toma el director médico o designado luego de evaluar las necesidades de salud individuales del miembro, las características del sistema de prestación local y, según sea necesario, una consulta con el médico tratante. Los directores médicos o designados que toman la decisión de rechazar, alterar o aprobar la cobertura de una admisión, servicio, procedimiento o extensión de la estadía en una cantidad, duración o alcance menor que la solicitada son médicos u otros profesionales de la salud apropiados con suficiente experiencia médica y de otro tipo, incluido el conocimiento de los criterios de cobertura de Medicare con una licencia actual y sin restricciones para ejercer dentro del ámbito de su profesión en el estado asociado al plan del miembro.

Para algunos servicios, es posible que su PCP o especialista deban obtener la aprobación anticipada de nuestro plan. Esto se llama “autorización previa”. En estos casos, se les solicitará a su PCP o especialista que brinden información sobre su afección y el plan de tratamiento propuesto para que el plan pueda determinar si el servicio es médicamente necesario. Consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red dejan nuestro plan

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) en la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le avisaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo suficiente para seleccionar un nuevo proveedor.

- Si su proveedor de atención primaria o de la salud conductual deja nuestro plan, le avisaremos al respecto en caso de que haya tenido alguna consulta con ese proveedor en los últimos 3 años.
- Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le avisaremos en caso de que usted tenga asignado a ese proveedor o reciba atención actualmente o haya tenido consultas con este en los últimos 3 meses.

- Lo ayudaremos a escoger un nuevo proveedor perteneciente a la red para que continúe con su atención.
- Si está bajo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a seguir recibiendo las terapias o el tratamiento médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo la atención que necesita.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción y las opciones disponibles que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor de la red o un beneficio no están disponibles o no son adecuados para cubrir sus necesidades médicas, nos encargaremos de que reciba el beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores a un costo compartido que no supere al de la red. Puede requerirse autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista van a dejar nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a escoger un nuevo proveedor que se encargue de su atención.
- Si considera que no le ofrecimos un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja con respecto a la calidad de atención ante la QIO, una queja formal sobre la calidad de la atención ante nuestro plan o ambas (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

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

- El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia y que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Los servicios de diálisis renal que reciba en un centro médico de diálisis certificado por Medicare están cubiertos cuando esté temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y que los proveedores de nuestra red no pueden brindar, podrá recibir esta atención de un proveedor fuera de la red.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios de atención en una emergencia, desastre o urgencia

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de su vida (y, si está embarazada, la pérdida del niño), la pérdida de una extremidad o la pérdida de una función corporal o una incapacidad grave. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Reciba ayuda tan pronto como sea posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si es necesario. No necesita obtener una aprobación o derivación previa de su PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios o en todo el mundo, y de cualquier proveedor con la licencia estatal apropiada, aunque no sea parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan esté al tanto de su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general, dentro de las primeras 48 horas. Llame a Servicios al Miembro a los números de teléfono que están impresos en la contraportada de este folleto.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

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

Los médicos que estén atendiendo su emergencia decidirán cuándo su condición es estable y ha terminado la situación de emergencia.

Después de que la emergencia termine, tiene derecho a recibir atención médica de seguimiento para garantizar que su estado siga siendo estable. Sus médicos seguirán brindándole tratamiento hasta que se pongan en contacto con nosotros y planifiquen cualquier atención adicional. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento.

Si los proveedores que atiendan su emergencia no forman parte de nuestra red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría ir por atención de emergencia -pensando que su salud está en grave peligro- y el médico puede determinar que, después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, cubriremos su atención siempre y cuando haya tenido motivos razonables para pensar que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico determine que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si usted recibe la atención adicional en una de las siguientes 2 maneras:

- Va a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera atención de urgencia y cumple con las normas siguientes para recibir esta atención urgente.

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando requiera servicios de urgencia

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) se considera que se necesita con urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable recibir estos servicios de parte de proveedores de la red teniendo en cuenta el momento, el lugar y las circunstancias. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y las lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de necesidad urgente incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no se encuentra disponible temporalmente.

Si tiene una emergencia médica:

Pida ayuda lo más pronto posible. Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si es necesario. No es necesario obtener primero una aprobación o derivación de su PCP.

Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan esté al tanto de su emergencia. Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general, dentro de las primeras 48 horas. Sin embargo, no deberá pagar por los servicios de emergencia si se demoró en informarnos. Llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.,

del 1. º de abril al 30 de septiembre; o los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m., del 1. º de octubre al 31 de marzo. Las llamadas a estos números son gratuitas. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios.

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

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

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

Visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice para obtener más información sobre cómo recibir la atención que necesite durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con los costos compartidos dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, posiblemente pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Capítulo 5, Sección 2.5.

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si le facturan directamente a usted el costo total de sus servicios cubiertos?

Si usted pagó más que el costo compartido de nuestro plan por sus servicios cubiertos o si recibe una factura por el costo total de sus servicios médicos cubiertos, puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué debe hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios

AmeriHealth Caritas VIP Care Choice cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en el cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o si recibe servicios fuera de la red sin autorización y no se trata de servicios de emergencia o de urgencia, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Con respecto a los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, también deberá pagar el costo total de los servicios que recibe después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Todo el dinero que pague por los servicios después de haber alcanzado un límite de beneficios no se tendrá en cuenta para el máximo de gastos de bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos 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 la forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, cómo funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica son aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare por lo general solicitan la participación de voluntarios. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la que no se relaciona con el estudio) a través de nuestro plan.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si usted nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó de más —por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare— le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá brindar la documentación que demuestre cuánto pagó.

Si usted quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos diga o que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de nuestro plan. (Esto no aplica a los beneficios cubiertos que requieren que un ensayo clínico o registro evalúe el beneficio, incluidos ciertos beneficios que necesiten cobertura con desarrollo de evidencia [NCD-CED] y estudios de exención de dispositivos de investigación [IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a la autorización previa y a otras normas del plan.)

Si bien no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos informe con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa de un estudio que Medicare no aprobó, será responsable de pagar todos los gastos de su participación en el estudio.

Sección 5.2 Quién paga por los servicios en un estudio de investigación clínica

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, que incluyen:

- Habitación y comida durante la admisión hospitalaria que Medicare pagaría, aunque no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención.

Luego de que Medicare pague 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 pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que la que pagaría si recibiera dichos servicios a través de nuestro plan. No obstante, deberá presentar la documentación que demuestre cuánto pagó por el copago. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de reembolso.

> *Ejemplo de copago en un ensayo clínico:* Supongamos que usted debe realizar una prueba de laboratorio que sale $100 como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos de este análisis es de $20 con Original Medicare, pero el análisis costaría $10 con nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por la prueba y usted realizaría el copago de $20 requerido por Original Medicare. Debería notificar a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico que cumple los requisitos y presentar la documentación (como la factura del proveedor) a nuestro plan. Luego, nuestro plan le pagaría directamente $10 a usted. De este modo, su pago neto por la prueba sería de $10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio esté probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio incluso si no estuviera en un estudio.
- Artículos o servicios que solo se brindan para recopilar datos y no se utilizan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas (CT) mensuales que sean parte del estudio si su afección normalmente requeriría solo una CT.

- Artículos y servicios brindados por patrocinadores de la investigación de forma gratuita a cualquier persona en el ensayo.

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare titulado *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica) disponible en Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una institución religiosa no médica de atención de la salud

Sección 6.1 Una institución religiosa no médica de atención de la salud

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es una institución que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o establecimiento de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubriremos la atención en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud. Este beneficio solo se brinda para los servicios a pacientes internados de la Parte A (servicios no médicos de atención de la salud).

Sección 6.2 Cómo recibir atención de parte de en una institución religiosa no médica de atención de la salud

Para recibir atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud debe firmar un documento legal que dice que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que **no esté exceptuado**.

- La atención o los tratamientos médicos que **no están exceptuados** se refieren a la atención o al tratamiento médico *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médico **exceptuado** se refiere a la atención o el tratamiento médico que *no* es voluntario o *es obligatorio* según la legislación federal, estatal o local.

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos de la atención *no religiosos*.

- Si recibe servicios de esta institución que se brindan en un centro de atención de la salud, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección que le permita recibir servicios cubiertos con admisión en un hospital o establecimiento de enfermería especializada.
  - *- y -* Usted debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro de salud o no cubriremos su admisión.

Se aplican límites de Medicare sobre la cobertura de la hospitalización. El límite de Medicare para la cobertura de la hospitalización se puede encontrar en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 Usted no será dueño de algunos equipos médicos duraderos después de hacer un cierto número de pagos según nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos e insumos de oxígeno, sillas de ruedas, andaderas, sistemas de colchones eléctricos, muletas, insumos para diabéticos, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre es dueño de algunos DME, como las próstesis. Debe alquilar otros tipos de DME.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser dueñas del equipo después de pagar los copagos para este artículo durante 13 meses. **Como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice, usted generalmente no pasa a ser dueño de los DME que haya alquilado sin importar cuántos copagos haya hecho como miembro de nuestro plan.** Los equipos no pasarán a ser de su propiedad, incluso si hizo hasta 12 pagos consecutivos por el DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. Bajo algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del equipo médico duradero. Llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que ha realizado por el equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para tener la propiedad del artículo. Los pagos previos que efectuó mientras estaba inscrito en nuestro plan no se tendrán en cuenta para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se afilió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Deberá hacer 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se afilió a nuestro plan. No recibió la propiedad del artículo mientras estuvo en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos para ser propietario del artículo cuando se una de nuevo a Original Medicare. No cuenta ningún pago que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare).

Sección 7.2 Normas para equipos de oxígeno, insumos y mantenimiento

Si usted califica para la cobertura de Medicare de equipos de oxígeno, AmeriHealth Caritas VIP Care Choice cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y del contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y del contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si deja AmeriHealth Caritas VIP Care Choice o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, entonces debe devolver el equipo de oxígeno.

¿Qué sucede si deja 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 alquilará el equipo. Para los 24 meses restantes, el proveedor brindará el equipo y el mantenimiento (usted seguiría siendo responsable del copago del oxígeno). Luego de 5 años, podrá elegir quedarse con la misma compañía o pasarse a otra. A esta altura, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, y se le exige de nuevo que haga los copagos de los primeros 36 meses. Si se suma o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años comenzará de nuevo.

CAPÍTULO 4:
Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Cómo entender sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos

El Cuadro de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y muestra cuánto debe pagar por cada servicio cubierto como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice. Esta sección también le brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Gastos de bolsillo que usted podría pagar por los servicios cubiertos

Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para afrontar el copago de Medicare, lo más probable es que no tenga que pagar nada por los servicios cubiertos por Medicare, siempre y cuando respete las normas de nuestro plan al recibir su atención médica. Para obtener más información sobre los programas que ofrece Medicaid para ayudar a las personas a pagar sus gastos de Medicare, consulte el Capítulo 1, Sección 2.2.

Los tipos de gastos de bolsillo que usted podría pagar por los medicamentos cubiertos incluyen:

- **Copago:** es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted realiza el copago en el momento en que recibe el servicio médico. (El cuadro de beneficios médicos le dará más información sobre sus copagos.)

- **Coaseguro:** el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga el coaseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (El cuadro de beneficios médicos le dará más información sobre su coseguro.)

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

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan alguna vez este gasto máximo de bolsillo. Si es elegible para la ayuda de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, es muy probable que usted no sea responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que contribuya al límite de los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Los planes de Medicare Advantage tienen límites en el monto que usted tiene que pagar de gastos de bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se llama monto máximo de gasto de bolsillo (MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2027, el monto del MOOP es de $9,250.**

Los montos que usted paga para copagos y coseguros por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo. Los montos que usted paga por los medicamentos de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en el cuadro de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de **$9,250**, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Los proveedores no tienen permitido facturarle el saldo

Como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice, usted cuenta con una importante protección, ya que solo tiene que pagar el monto de los costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que se conoce como **facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor una cantidad menor que la que este cobra por un servicio, e incluso si hubiera una disputa y no pagáramos determinados cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección frente a la facturación del saldo:

- Si sus costos compartidos correspondan a un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, $15,00), solo pagará esa suma por cualquier servicio cubierto prestado por un proveedor de la red.
- Si sus costos compartidos son un coseguro (un porcentaje del monto total), nunca pagará más de ese porcentaje. No obstante, el costo que deba pagar dependerá del tipo de proveedor que consulte:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esta tasa se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red únicamente en determinadas situaciones, como cuando usted recibe una derivación o en caso de emergencias o servicios de urgencia).

- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red únicamente en determinadas situaciones, como cuando usted recibe una derivación o en caso de emergencias o servicios de urgencia fuera del área de servicios.)

- Si cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY)

No permitimos que los proveedores le cobren por servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cobro del proveedor. Esto se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY).

SECCIÓN 2 El cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y costos

El cuadro de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que AmeriHealth Caritas VIP Care Choice cubre y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D está en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en el cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben brindarse según las guías de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los insumos, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, insumos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de la práctica médica.
- Para los nuevos miembros, su plan de atención coordinada de MA debe brindar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede exigir autorización previa para ningún curso activo de tratamiento, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe la atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia, o que su plan o un proveedor de la red le haya dado una derivación. Esto significa que usted le paga al proveedor el valor completo de los servicios fuera de la red que reciba.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.

- Algunos de los servicios enumerados en el cuadro de beneficios médicos se cubren *solo* si su médico u otro proveedor de la red reciben nuestra aprobación por adelantado (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan la aprobación previa están marcados en el cuadro de beneficios médicos en letra cursiva. Estos servicios que no están enumerados en el cuadro de beneficios médicos también necesitan autorización previa:
  - Terapia con oxígeno hiperbárico
  - Bypass gástrico/gastroscopia vertical con banda
  - Cirugía de párpados
  - Procedimientos que podrían considerarse estéticos
  - Servicios de trasplantes
  - Cirugía de venas varicosas
  - Instituciones religiosas no médicas para la atención de la salud (RNHCI)
- Si su plan de atención coordinada da su autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida por una duración médicamente razonable y necesaria para evitar la interrupción de la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre su parte de los gastos compartidos de los servicios de Medicare, incluidos algunos servicios de la Parte A y la Parte B de Medicare. El costo compartido exacto dependerá de su categoría de doble elegibilidad parcial. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como los servicios de atención domiciliaria y en la comunidad.
- Como todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Para saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2027*. Véalo en línea en Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [**1-800-633-4227**]. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.)
- Nosotros también cubrimos sin costo los servicios de atención médica preventiva que Original Medicare cubre sin costo para usted.
- Si Medicare agrega la cobertura de cualquier servicio nuevo en 2027, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán los servicios.
- Si pierde su elegibilidad para Asistencia Médica (Medicaid), pero se prevé que la recupere en un plazo de seis meses, seguiremos proporcionándole todos los

beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que se incluyen bajo el Plan Estatal de Medicaid, ni pagaremos las primas de Medicare o los costos compartidos de los que, de otro modo, el estado sería responsable si usted no hubiese perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que usted paga por los servicios cubiertos de Medicare puede aumentar durante este período. Puede obtener más información llamando a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302 (TTY 711)**.

Si es elegible para la ayuda de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, no paga nada por los servicios indicados en el cuadro de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre los beneficios para los miembros con enfermedades crónicas

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

ambulatorio, limitado al grupo 3 de sillas de ruedas eléctricas/manuales, ventilación no invasiva (NIV), máquinas de bipap, dispositivo de insuflación-exsuflación mecánica, o un colchón del grupo 2 o del grupo 3.

- Para obtener más información, consulte la fila *Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos III* en el cuadro de beneficios médicos siguiente o comuníquese con el plan. Para consultar su elegibilidad, comuníquese con el plan.
- Comuníquese con nosotros para conocer exactamente los beneficios para los que podría ser elegible.

Esta manzana muestra los servicios preventivos en el cuadro de beneficios médicos.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Examen de detección de aneurisma de la aorta abdominal Un examen único de ultrasonido para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una derivación de su médico, auxiliar médico (PA), enfermero profesional (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).	No hay coseguro, copago o deducible para los beneficiarios elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Cobertura de hasta 12 sesiones en 90 días bajo las siguientes circunstancias: A efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente forma: • Dura 12 semanas o más • No es específico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a una enfermedad metastática, inflamatoria, infecciosa, etc.) • No asociado a una cirugía • No está asociado a un embarazo Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que demuestren mejoras. No se pueden suministrar más de 20 tratamientos de acupuntura anuales. El tratamiento deberá interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. **Requisitos para los proveedores:** Los médicos pueden practicar la acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (PA), los enfermeros profesionales (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal auxiliar pueden realizar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen:	No hay coseguro, copago o deducible para las sesiones de acupuntura cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Acupuntura para dolor lumbar crónico (continuación) • Un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una facultad acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM), y • Una licencia actualizada, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en el estado, territorio o Commonwealth (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que realiza la acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS, tal como lo requieren nuestros reglamentos.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no emergencia, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala rotativa y terrestre al centro médico adecuado más cercano y que esté equipado para brindar atención a un miembro cuya afección sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si así lo autoriza el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se deberá documentar que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte por ambulancia es médicamente necesario. *Puede requerirse autorización previa para los servicios de ambulancia terrestre y aérea de Medicare. No se requiere para los servicios de ambulancia de emergencia.*	20% de coseguro para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare (si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0). En función del modo en que el proveedor facture el viaje en ambulancia, el coseguro puede ser por un viaje de ida o de ida y vuelta.
Visita anual de rutina Si usted ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una consulta anual de rutina para crear o actualizar un plan de prevención personalizado con base en su salud actual y factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.	No hay coaseguro, copago o deducible para la consulta anual de rutina.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Visita anual de rutina (continuación) **Nota**: Su primera visita anual de rutina no puede realizarse dentro de los primeros 12 meses de su visita preventiva de *Bienvenida a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de *Bienvenida a Medicare* para tener cobertura de las visitas anuales de rutina después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	
Densitometría ósea A las personas que cumplen con los requisitos, (generalmente, se refiere a personas en riesgo de perder masa ósea o riesgo de osteoporosis) se les cubren los siguientes servicios 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 o deducible para la densitometría ósea cubierta por Medicare.
Pruebas de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años • Una mamografía cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes médicos de mamas una vez cada 24 meses	No hay coaseguro, copago o deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios físicos, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que reúnan ciertas condiciones con la orden de un médico. Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha padecido al menos una de estas afecciones: • Infarto en los últimos 12 meses • Cirugía de bypass coronario	20% de coseguro para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación cardíaca (continuación) • Angina de pecho estable (dolor torácico) • Reparación o reemplazo de válvula cardíaca • Angioplastia coronaria (una intervención médica que se utiliza para desobstruir una arteria) o implantación de un stent coronario (una intervención que se utiliza para mantener abierta una arteria) • Trasplantes de corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones en la cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede realizar 2 sesiones al día (cada una de una hora de duración), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si cumple los requisitos, es posible que pueda recibir 36 sesiones más, que pueden repartirse a lo largo de un periodo de tiempo más prolongado. *Se requiere autorización previa.*	
Visita para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el uso de la aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo saludablemente.	No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago o deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si presenta un riesgo elevado de cáncer de cuello uterino o vaginal, o si está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anómala en los últimos 3 años	No hay ningún coseguro, copago o deducible para los exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral.	20% de coseguro para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0.
Pruebas de detección de cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no tengan un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no tengan un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes a partir de los 45 años que no corran un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y estén cubiertos cuando hayan pasado por lo menos 59 meses después del mes en que se hizo la última colonografía por tomografía	No hay coseguro, copago o deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y remueve un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pruebas de detección de cáncer colorrectal (continuación) computarizada o hayan pasado 47 meses después del mes en que se hizo la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para los pacientes que corren un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, se cubrirá una colonografía por tomografía computarizada realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se hizo la última colonografía por tomografía computarizada o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no corran un alto riesgo después de haberse hecho una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • 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 cubierta por Medicare muestre un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia planificada que involucra la eliminación de tejido u otra materia, u otro procedimiento hecho en relación con el mismo encuentro clínico, o como resultado de este, donde se llevó a cabo la prueba de detección.	está sujeto al 20% de coseguro. Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes odontológicos de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare cubre los servicios odontológicos en un número limitado de circunstancias, concretamente cuando dicho servicio forma parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales de preparación para el tratamiento con radiación del cáncer que compromete la mandíbula o los exámenes bucales antes de un trasplante de órgano. Además, cubrimos lo siguiente: ***Servicios odontológicos preventivos:** Los beneficios odontológicos preventivos incluyen los siguientes servicios: • Exámenes bucales: 1 cada 6 meses • Limpiezas: 1 cada 6 meses • Tratamiento con flúor: 1 cada 6 meses • Radiografías dentales o 1 radiografía de boca completa y 1 radiografía panorámica cada 5 años o Hasta 6 radiografías de mordida o periapicales cada año ***Servicios odontológicos integrales:** El total combinado de beneficios odontológicos integrales no puede exceder los $1,250 cada año. El total de beneficios odontológicos integrales incluye los siguientes servicios hasta un límite anual combinado de $1,250 cada año: • Restauraciones menores (empastes). • Endodoncia: Se aplican límites al servicio. 1 por pieza dental de por vida. Se requieren radiografías pre y postoperatorias.	20% de coseguro para los beneficios odontológicos cubiertos por Medicare. Si cumple los requisitos para recibir ayuda con los gastos compartidos de Medicare según Medicaid, seguramente pague $0. La odontología preventiva tiene un copago de $0.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios odontológicos (continuación) • Periodoncia: Se aplican límites al servicio. Raspado y alisado radicular: 1 cada 24 meses por cuadrante. Desbridamiento, una vez por año. Raspado cuando existe inflamación gingival una vez al año. • Dentaduras postizas, 1 por arco cada 5 años. • Reparación y alineación de dentaduras postizas, 1 por año. • Miniimplantes (solo arco inferior) y dentadura postiza completa soportada por un implante (solo arco inferior), 1 cada 5 años. • Coronas, 1 cada 5 años por pieza dental. No más de 4 por año calendario con no más de 2 coronas por arco por año. • Extracciones: 1 por pieza dental de por vida. • Otras cirugías orales, se aplican límites. • La anestesia está cubierta en las siguientes situaciones: Extracciones de muelas de juicio; 2 o más extracciones quirúrgicas en 2 o más cuadrantes; 4 o más extracciones quirúrgicas en 1 cuadrante; documentación que acredite ansiedad situacional; documentación y descripción de la necesidad médica respaldadas por la historia clínica presentada (afecciones cardíacas, parálisis cerebral, epilepsia u otra afección que impida al paciente cooperar). • Puede utilizar óxido nitroso para ciertos servicios odontológicos cubiertos, entre los que se incluyen empastes, coronas, endodoncias y extracciones (excepto las muelas del juicio), etc. Los puentes fijos soportados por implantes y todos los demás implantes dentales, excepto los miniimplantes, no están cubiertos. *Se requiere autorización previa para los servicios odontológicos integrales.*	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pruebas de detección de la depresión Cubrimos una prueba de detección de la depresión por año. La prueba de detección debe hacerse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o derivación.	No hay coseguro, copago o deducible para la consulta anual de rutina de detección de la depresión.
Pruebas de detección de la diabetes Cubrimos esta prueba de detección (que 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 niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también se pueden cubrir si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede cumplir con los requisitos para un máximo de 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No hay coseguro, copago o deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios e insumos para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que utilicen insulina o no), los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para monitorear su glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para glucosa en sangre, lancetas y dispositivos para lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para controlar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida (con plantillas) por año calendario y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y 3 pares de plantillas (no se incluyen las plantillas estándares removibles que vienen con ese calzado).	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para las marcas preferidas de productos para la diabetes. 20% de coseguro para: • Marcas no preferidas de productos para la diabetes

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios e insumos para diabéticos (continuación) • Capacitación para el autocontrol de la diabetes bajo ciertas condiciones. • Monitores continuos de glucosa (CGMs) y sus accesorios. Los suministros y servicios para la diabetes se limitan a fabricantes específicos. *Las marcas no preferidas y todos los monitores continuos de glucosa requerirán autorización previa.*	• Todos los monitores continuos de glucosa (tanto los preferidos como los no preferidos) y los accesorios correspondientes *Es posible* que su cobertura de Medicaid estatal cubra este coseguro. Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0. No se paga coseguro, copago o deducible para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.
Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados (Para leer una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3) Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.	20% de coseguro para los equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare. Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es del 20% por mes.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados (continuación) Cubrimos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios que Original Medicare cubre. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante determinados, puede preguntarles si es posible que realicen un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores de equipos e insumos está disponible en nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice. No hay fabricantes preferidos. *Se puede requerir una autorización previa para:* • *Los artículos de DME cubiertos por Medicare por un valor superior a $750 para la compra.* • *Artículos de alquiler y alquiler con opción a compra.* *Se requiere autorización previa para:* • *La compra de todas las sillas de ruedas (motorizadas y manuales) y todos los accesorios de sillas de ruedas (componentes) sin importar el costo por artículo.* • *Suplementos para alimentación enteral.*	Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0. Su costo compartido no cambiará luego de haber estado afiliado por 36 meses.
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a servicios que son: • Brindados por un proveedor habilitado para ofrecer servicios de emergencia • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia	$115 de copago por atención de emergencia cubierta por Medicare. Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de emergencia (continuación) Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si está embarazada, la pérdida del niño por nacer), 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 una afección que empeora rápidamente. Los costos compartidos por los servicios de emergencia necesarios que reciba fuera de la red son los mismos que para los servicios dentro de la red. Dispone de cobertura para atención de emergencia en todo el mundo: límite combinado de $50,000 (USD) al año para emergencias, servicios de atención de urgencia y servicios de ambulancia de emergencia brindados fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Si tiene una emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, usted deberá pagar por adelantado los servicios prestados. Deberá pedirle a nuestro plan que le haga un reembolso. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7. Es posible que no le reembolsemos todos los gastos de bolsillo. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las de los proveedores fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted es responsable de cualquier costo que supere nuestras tarifas contratadas, así como de cualquier costo compartido aplicable a los miembros. • Esto incluye la atención de emergencia o de urgencia y el transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hacia el centro de tratamiento médico más cercano. • No está cubierto el transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país. • No se cubren los tratamientos preprogramados y planificados (incluida la diálisis para una enfermedad en	Si usted recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que su afección de emergencia se estabiliza, usted debe recibir la atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red con autorización del plan, y el costo sería el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de emergencia (continuación) curso) ni los procedimientos electivos. • No están cubiertos los procedimientos realizados por un odontólogo.	
***Programas de educación para la salud y el bienestar** SilverSneakers® es un beneficio de la salud física sin cargo que incluye el acceso a los centros de actividad física, recursos de bienestar en línea y clases de SilverSneakers®.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio de fitness.
Servicios para la audición Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las recibe de parte de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. **Cubrimos:** *El beneficio de audífonos con receta médica incluye hasta dos [2] audífonos (1 audífono por oído) cada 3 años para los niveles de tecnología Standard de audífonos a través de NationsHearing, sin costo para el miembro. Todos los audífonos ofrecidos a través de NationsHearing incluyen: • 60 días de período de prueba con garantía de devolución del 100% del importe (sin gastos de reposición) • 1 ajuste por cada audífono • 3 consultas de seguimiento en el plazo de un año a partir de la fecha del ajuste • 3 años de suministro de baterías para (para audífonos no recargables, hasta 60 baterías por oído al año) 3 años de garantía completa del fabricante, incluida una sustitución única en caso de pérdida o daño de los audífonos	20% de coseguro para los beneficios de audición cubiertos por Medicare. Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0. $0 de copago por exámenes de audición de rutina $0 de copago por ajuste/evaluación de audífonos y audífonos

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de audición (continuación) • Moldes auriculares (primer juego, cuando sea necesario) • Asistencia ilimitada y continua para los miembros a través de NationsHearing Cada compra de un audífono de NationsHearing incluye tres (3) visitas de seguimiento para la adaptación y los ajustes. Las tres (3) visitas pueden utilizarse en el plazo de un año a partir de la fecha de adaptación inicial de la compra de un audífono de NationsHearing, siempre que el miembro esté inscrito en el plan.	
Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 pruebas de detección durante un embarazo.	No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para las pruebas de detección preventivas de VIH cubiertas por Medicare.
Atención de parte de una agencia de salud a domicilio Antes de recibir servicios médicos en su hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y ordenará que una agencia médica a domicilio brinde los servicios. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su casa representa un gran esfuerzo. Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Servicios de jornada parcial o intermitentes de enfermería especializada y de auxiliar de salud a domicilio (para que los servicios de enfermería especializada y de asistencia médica estén cubiertos de acuerdo con el beneficio de atención médica a domicilio, el tiempo total combinado debe ser de menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	No hay coseguro, copago o deducible para la atención de parte de una agencia de salud a domicilio cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de parte de una agencia de salud a domicilio (continuación) • Servicios médicos y sociales • Equipos e insumos médicos *Puede requerirse autorización previa.*	
Terapia de infusión a domicilio La terapia de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes que se necesitan para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipamiento (por ejemplo, una bomba) y los insumos (por ejemplo, tubos y catéteres). Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Los servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con nuestro plan de atención • La capacitación y la educación del paciente que no estén cubiertas de otra forma según el beneficio de equipo médico duradero • El monitoreo remoto • Los servicios de control para la administración de la terapia de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor de terapia de infusión a domicilio calificado *Puede requerirse autorización previa.*	Consulte las secciones para "Medicamentos de la Parte B de Medicare", "Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados" y "Servicios de médico/profesional médico, incluidas las visitas al consultorio del médico" para conocer cuánto debe pagar por estos servicios cubiertos.
Cuidados paliativos para enfermos terminales Usted cumple con los requisitos para el beneficio de atención para enfermos terminales cuando su médico y el director médico del centro para enfermos terminales le han dado un pronóstico terminal que certifica que está enfermo y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad transcurre su curso normal. Usted puede recibir atención en cualquier programa	Cuando se inscribe en un programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare, Original Medicare paga sus servicios de atención para enfermos terminales

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención para enfermos terminales (continuación) de atención para enfermos terminales certificado por Medicare. Nuestro plan tiene la obligación de ayudarle a encontrar programas de cuidados para enfermos terminales certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas de los que somos propietarios, que controlamos o tenemos un interés financiero. Su médico de atención para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio de dolor • Atención de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria Cuando lo ingresan en un centro de atención para enfermos terminales, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe seguir pagando las primas del plan. **Para los servicios de atención para enfermos terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare relacionados con su diagnóstico terminal:** Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de atención para enfermos terminales por sus servicios y cualquier otro servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico terminal. Mientras esté en el programa de atención para enfermos terminales, su proveedor de atención para enfermos terminales le facturará a Original Medicare los servicios que paga Original Medicare. A usted se le facturará el costo compartido de Original Medicare. **Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y no se relacionan con su diagnóstico terminal:** Si usted necesita servicios que no son de emergencia, servicios que no son urgentes y que están cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue	y los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su diagnóstico terminal, no AmeriHealth Caritas VIP Care Choice.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención para enfermos terminales (continuación) las normas del plan (por ejemplo, si es necesario obtener una autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para recibir los servicios, solo pagará el monto de los costos compartidos de nuestro plan para los servicios de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted pagará el costo compartido según Original Medicare. **Para los servicios cubiertos por AmeriHealth Caritas VIP Care Choice sin cobertura de la Parte A o B de Medicare:** AmeriHealth Caritas VIP Care Choice seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos bajo la Parte A o la Parte B sin importar si se relacionan o no con su diagnóstico terminal. Usted paga el monto de los costos compartidos de nuestro plan por estos servicios. **Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con su enfermedad terminal, deberá pagar el costo compartido. Si están relacionados con su enfermedad terminal, entonces pagará el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el plan de atención para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4. **Nota:** Si necesita atención que no es para enfermos terminales (atención que no se relaciona con su diagnóstico terminal), comuníquese con nosotros para organizar los servicios.	
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez por temporada	No hay ningún coseguro, copago o deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe/influenza, hepatitis

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Vacunas (continuación) de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si nunca recibió una serie completa de vacunación, si no conoce su historial de vacunación o si padece alguna otra afección que le exponga a un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y las vacunas cumplen con las normas de cobertura de Medicare Parte B También cubrimos la mayoría de las vacunas según nuestros beneficios de farmacia de la Parte D. Para más información, consulte el Capítulo 6, Sección 8.	B y COVID-19.
Atención médica hospitalaria Incluye la hospitalización del paciente agudo, hospitalización para rehabilitación, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La hospitalización comienza el día en que es formalmente admitido en el hospital por orden del médico. El día anterior a recibir el alta es su último día de hospitalización.	$1,500 de copago por admisión para atención hospitalaria cubierta por Medicare, Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención médica hospitalaria (continuación) Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería habituales • Costos de las unidades de cuidados especiales (como la unidad de cuidados intensivos o unidad coronaria) • Medicamentos y fármacos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Insumos médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de operación y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias tóxicas Los siguientes tipos de trasplantes se cubren bajo ciertas condiciones: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/vísceras múltiples. Si necesita un trasplante, haremos que un centro de trasplante aprobado por Medicare revise su caso, y este decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del área de servicio, usted puede elegir el servicio local siempre que los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si AmeriHealth Caritas VIP Care Choice ofrece servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted decide realizar el trasplante en este lugar distante, nosotros haremos los arreglos o pagaremos los costos del	Si usted recibe atención médica hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se estabiliza, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención médica hospitalaria (continuación) transporte y el alojamiento adecuados para usted y un acompañante. • Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos solo comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o usted o alguien más deben donar la sangre. Los demás componentes de sangre están cubiertos desde la primera pinta. • Servicios de médicos **Nota:** Para ser admitido en el hospital, su proveedor debe escribir una orden para internarlo formalmente en el hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere un paciente ambulatorio. Si no sabe bien si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. • Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare llamada *Beneficios hospitalarios de Medicare*, disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. *Se requiere autorización previa.*	
Servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen los servicios de salud mental que requieren admisión hospitalaria. Hay un límite de 190- días de por vida para la atención médica en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de atención médica psiquiátrica para pacientes internados que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general.	Días 1 a 5: $350 copago (si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico (continuación) Sus beneficios para hospitalización comenzarán el primer día que sea ingresado en un centro específico o dentro de un mismo tipo de centro. Un traslado dentro de un centro o a otro centro —incluidos los centros de rehabilitación hospitalaria, los centros de cuidados de agudos a largo plazo (LTAC), los centros de cuidados de agudos hospitalarios y los centros psiquiátricos hospitalarios— se considera un nuevo ingreso. *Se requiere autorización previa.*	Días 6 a 90: $0 de copago
Estadía hospitalaria: servicios cubiertos que recibe en un hospital o establecimiento de enfermería especializada (SNF) durante una estadía hospitalaria no cubierta. Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la estadía hospitalaria no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un establecimiento de enfermería especializada (SNF). Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos materiales y servicios brindados por el técnico • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y dispositivos ortopédicos (excepto odontológicos) que reemplazan un órgano interno del cuerpo total o parcialmente (incluido tejido contiguo), o toda o parte de la función de un órgano interno que no funciona o funciona mal de manera permanente, incluido el reemplazo o la reparación de tales dispositivos	Los servicios mencionados se cubren de acuerdo a los montos de copago establecidos en el Cuadro de beneficios médicos para cada servicio específico.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Estadía hospitalaria: servicios cubiertos que recibe en un hospital o establecimiento de enfermería especializada (SNF) durante una estadía hospitalaria no cubierta (continuación) • Pierna, brazo, espalda y cuello ortopédicos; bragueros; piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos requeridos por rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la afección física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	
***Beneficio de comidas** El beneficio de comidas posteriores al alta cubre 14 comidas en el transcurso de una semana para miembros calificados confinados en sus hogares dentro de los 30 días de recibir el alta de un centro médico o de un establecimiento de enfermería especializada como pacientes hospitalizados hasta cuatro veces al año. Se requiere derivación.	No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para este beneficio de comidas posteriores al alta.
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordene su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personal durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan y cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año luego de eso. Si hay un cambio en su enfermedad, tratamiento o diagnóstico, puede recibir más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden anualmente si necesita tratamiento en el año calendario siguiente.	No hay coseguro, copago o deducible para los miembros elegibles por los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas elegibles en todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada para el cambio conductual de salud que ofrece capacitación práctica en cambios de dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los retos a mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare Las categorías de medicamentos de la Parte B que se indican a continuación pueden estar sujetas a la terapia escalonada de la Parte B. Visite www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/provider/resources/clinical para consultar la lista de medicamentos que pueden estar sujetos a la terapia escalonada de la Parte B. **Estos medicamentos están cubiertos bajo la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:** • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra, y que se inyectan o administran por infusión mientras usted está recibiendo servicios de un médico, de un hospital como paciente ambulatorio o de 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 usando equipos médicos duraderos (como nebulizadores) que nuestro plan autorizó	0% de coseguro por medicamentos preferidos de insulina de la Parte B. 20% de coseguro o $35, el que sea inferior, por medicamentos no preferidos de insulina de la Parte B (si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0) 0% de coseguro por medicamentos preferidos de la Parte B para quimioterapia/ radioterapia

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • El medicamento para el alzhéimer Leqembi® (nombre genérico lecanemab) se administra de manera intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite análisis y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos totales. Hable con su médico sobre los análisis y pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento • Factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia farmacológica para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y la Parte B al recibir los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare es para los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que están relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona con instrucción adecuada (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo supervisión apropiada • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por boca si el mismo medicamento está disponible de forma inyectable o el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que nuevos medicamentos orales contra el cáncer estén disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D lo hará	20% de coseguro por medicamentos no preferidos de la Parte B para quimioterapia/radioterapia (si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0) 0% de coseguro por Otros medicamentos preferidos de la Parte B de Medicare 20% de coseguro por Otros medicamentos no preferidos de la Parte B de Medicare (si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0) El costo compartido de la insulina está sujeto a un copago de hasta $35 por un suministro de un mes.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas utilizados como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las primeras 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se utilizan como sustituto terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos bajo la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, que incluyen heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos • Agentes estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece una enfermedad renal terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y por sonda) El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/provider/resources/clinical También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de farmacia de la Parte D.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) El Capítulo 5 explica nuestros beneficios de farmacia de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para obtener la cobertura de las recetas médicas. En el Capítulo 6 se explica lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan. *Puede requerirse autorización previa.*	
***Línea de enfermería** La línea de enfermería 24/7 es un servicio disponible para todos los miembros las 24 horas del día, los siete días de la semana. Este servicio está diseñado para que los miembros hagan consultas relacionadas con la salud y obtengan recomendaciones sobre el nivel apropiado de cuidado. **Para comunicarse con la línea de enfermería 24/7, llame al 1-833-625-3329 (TTY 711).**	No hay coseguro, copago o deducible para la línea de enfermería.
Pruebas de evaluación y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida sostenida de peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor de atención primaria o profesional médico para obtener más información.	No hay coseguro, copago o deducible para las pruebas de evaluación y tratamiento para prevenir la obesidad.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir la cobertura de los servicios para tratar el OUD a través de un programa de tratamiento contra los opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) • Suministro y administración de medicación para el MAT (si corresponde) • Asesoramiento por consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	20% de coseguro por servicios del programa de tratamiento por uso de opioides Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0.
Exámenes de diagnóstico y servicios e insumos terapéuticos como paciente ambulatorio Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Radiografías • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales e insumos del técnico • Insumos quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos solo comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o usted o alguien más deben donar la sangre. Los demás componentes de sangre están cubiertos desde la primera pinta que use.	20% de coseguro por procedimientos/pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare 20% de coseguro por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare 20% de coseguro por servicios radiológicos generales cubiertos por Medicare 20% de coseguro por servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Exámenes de diagnóstico y servicios e insumos terapéuticos como paciente ambulatorio (continuación) • Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones cuando su médico u otro proveedor médico las ordene para tratar un problema médico • Otras pruebas de diagnóstico como paciente ambulatorio *No todos los procedimientos diagnósticos ambulatorios, pruebas y servicios de laboratorio, ni todos los servicios diagnósticos, terapéuticos, radiológicos y de rayos X, requerirán autorización previa. La mayoría de los servicios de laboratorio y radiológicos no necesitan una autorización previa. Algunos servicios de laboratorios especializados (por ejemplo, servicios de laboratorio para análisis genéticos) y algunos servicios radiológicos especializados pueden requerir autorización previa. Pida a su proveedor que llame al plan para confirmar si es necesaria una autorización previa.*	20% de coseguro por Servicios de radiografías cubiertos por Medicare $250 de copago por servicios radiológicos de diagnóstico avanzado cubiertos por Medicare Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0 por exámenes de diagnóstico y servicios e insumos terapéuticos como paciente ambulatorio.
Observación en hospital para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Para que los servicios ambulatorios de observación hospitalaria estén cubiertos, estos deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando los brinda un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar exámenes ambulatorios.	20% de coseguro por servicios de observación en hospital para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Observación en hospital para pacientes ambulatorios (continuación) **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios de hospital de Medicare* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluso la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se necesitaría tratamiento como paciente hospitalizado sin la hospitalización parcial • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Insumos médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo	20% de coseguro por servicios en hospital para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. *Las normas de autorización para los servicios de hospital para pacientes ambulatorios se muestran en la descripción de cada beneficio para pacientes ambulatorios mencionado en este cuadro. No todos los servicios de prevención o de diagnóstico para pacientes ambulatorios requerirán autorización previa*	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico con licencia del estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico (CSW), especialista en enfermería clínica (CNS), consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según las leyes estatales vigentes. • Las sesiones de terapia individual están cubiertas por Medicare • Las sesiones de terapia grupal están cubiertas por Medicare • Asesoramiento por consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas	$0 de copago por sesiones individuales cubiertas por Medicare. $0 de copago por sesiones grupales cubiertas por Medicare.
Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios del hospital, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF). *Se requiere autorización previa.*	20% de coseguro por servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias tóxicas • Las sesiones de terapia individual están cubiertas por Medicare • Las sesiones de terapia grupal están cubiertas por Medicare *Puede requerirse autorización previa.*	20% de coseguro por sesiones individuales cubiertas por Medicare 20% de coseguro por sesiones grupales cubiertas por Medicare Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0.
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en las instalaciones de un hospital para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si se va a someter a una cirugía en las instalaciones de un hospital, debe preguntarle a su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que su proveedor especifique por orden escrita que debe ser ingresado al hospital como paciente hospitalizado, usted es ingresado de forma ambulatoria y paga el monto de costo compartido por cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere un paciente ambulatorio. *Puede ser necesaria una autorización previa para los servicios de un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios.*	20% de coseguro por visitas ambulatorias al hospital cubiertas por Medicare 20% de coseguro por visitas a un centro quirúrgico ambulatorio cubiertas por Medicare Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0.
***Artículos de venta libre (OTC) y asistencias para la vida diaria** Los miembros reciben una asignación combinada de $58 por mes para gastar en artículos de venta libre elegibles OTC, como vitaminas, analgésicos, medicamentos para el resfriado y mucho más. Los fondos se cargan en una tarjeta de débito emitida por el plan todos los meses.	No hay ningún coseguro, copago o deducible por los artículos OTC y asistencias para la vida diaria cubiertos.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
***Artículos de venta libre (OTC) y asistencias para la vida diaria (continuación)** • Los miembros pueden comprar a través del catálogo de OTC o en establecimientos minoristas participantes. • No hay límite en el total de artículos o pedidos. • Todos los fondos no utilizados expirarán al final de cada mes o al darse de baja del plan. ***Dispositivos de seguridad en el hogar y en el baño** Todos los miembros pueden usar la asignación combinada a la compra de dispositivos de seguridad para el hogar y el baño que cumplan los requisitos, tales como barras de sujeción o manijas de puerta, revestimientos antideslizantes para el suelo, sillas de seguridad, accesorios para la adaptación del baño. Los miembros pueden comprar a través del catálogo de OTC o en establecimientos minoristas participantes. El saldo no utilizado expirará al final de cada mes o al darse de baja del plan.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos *La hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se ofrece como un servicio ambulatorio en un hospital o centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización.	$70 copago por los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare (si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0)

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos (continuación) *El servicio ambulatorio intensivo* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) brindado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su terapeuta médico, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que una hospitalización parcial. *Se requiere autorización previa.*	20% de coseguro para los servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare (si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0)
Servicios de médico/profesional médico, incluidas las visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Atención médica o servicios de cirugía médicamente necesarios que recibe en un consultorio médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico los ordena para evaluar si necesita tratamiento médico • Algunos servicios de telesalud, incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o practicante, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para visitas mensuales por enfermedad renal en etapa terminal para miembros que realizan diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal con base hospitalaria o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral independientemente de su ubicación	No hay coaseguro, copago o deducible por cada visita al proveedor de atención primaria cubierta por Medicare. 20% de coseguro por cada visita al especialista cubierta por Medicare. Si cumple los requisitos para recibir ayuda con los gastos compartidos de Medicare según Medicaid, seguramente pague $0.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médico/profesional médico, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias tóxicas o un trastorno mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telemedicina para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de enfermedades de salud mental • Servicios de telemedicina para consultas de salud mental brindados por clínicas rurales de salud y centros de salud federalmente calificados • Chequeos rápidos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico con una duración de 5 a 10 minutos **si**: o no es paciente nuevo, **y** o el chequeo rápido no está relacionado con una visita de consultorio en los últimos 7 días, **y** o el chequeo rápido no lleva a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la consulta más rápidamente disponible • Evaluación de un video o imágenes que usted le envía a su médico e interpretación y seguimiento por parte del médico dentro de las primeras 24 horas **si**: o no es paciente nuevo, **y** o la evaluación no está relacionada con una visita de consultorio en los últimos 7 días, **y** o la evaluación resulta en una visita al consultorio dentro de las primeras 24 horas o en la consulta más cercana disponible • Consultas que su médico realiza con otros médicos por teléfono, internet o a través de la historia clínica electrónica • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • Cuidado de rutina de los pies para los miembros con ciertas afecciones que afectan a las extremidades inferiores *Nuestro plan cubre 4 sesiones de rutina anuales para el cuidado de los pies.	20% de coseguro por servicios de podiatría cubiertos por Medicare. Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0. $0 de copago por visita para servicios de rutina de cuidado de los pies.
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determinan que corre un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de la profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluida la tarifa por la administración de la inyección, si corresponde • Hasta 8 sesiones de terapia individual, que incluyen evaluación de riesgo de VIH, reducción de riesgo de VIH y adherencia a la medicación, cada 12 meses • Hasta 8 exámenes de detección del VIH cada 12 meses • Examen de detección del virus de la hepatitis B por única vez	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio de la PrEP.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para hombres a partir de los 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses:	No hay coseguro, copago o deducible para una prueba anual de PSA.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pruebas de detección de cáncer de próstata (continuación) • Examen de tacto rectal • Prueba del antígeno prostático específico (PSA)	
Dispositivos protésicos y ortopédicos e insumos relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos, además de bolsas de colostomía e insumos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, cuellos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados insumos relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación o reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluye alguna cobertura luego de la eliminación de cataratas o la cirugía de cataratas; consulte la sección de *Cuidado de la vista* más adelante en esta tabla para más detalles. *Se necesita autorización previa para el alquiler y la compra de prótesis e insumos médicos cubiertos por Medicare.*	20% de coseguro por los dispositivos protésicos e insumos relacionados cubiertos por Medicare Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy severa y una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica. *Se requiere autorización previa.*	20% de coseguro por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol (continuación) Cubrimos una prueba de detección de consumo indebido de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que consumen alcohol de modo indebido, pero que no dependen del alcohol. Si usted tiene un resultado positivo por consumo indebido de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento presencial por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) brindadas por un médico calificado o un proveedor de atención primaria en un entorno de atención primaria.	No hay coseguro, copago o deducible para las pruebas de detección y asesoramiento cubiertos por Medicare para el beneficio preventivo de reducción del consumo indebido de alcohol.
Pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Las personas calificadas tienen cobertura de una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son** personas que tienen entre 50 y 77 años que no tienen signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes/año o que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que obtienen una orden para una LDCT durante una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones para las pruebas de detección del cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para tales consultas que brinda un médico o un profesional no médico calificado.	No hay coseguro, copago o deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación) *Para las detecciones de cáncer de pulmón de LDCT después del examen inicial de LDCT:* los miembros deben recibir una orden para una prueba de detección de cáncer de pulmón de LDCT, que pueden obtener durante cualquier visita a un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado elige ofrecer una consulta de asesoramiento sobre una prueba de detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartidas para las consultas posteriores sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para tales consultas.	
Examen de detección de infección por el virus de hepatitis C Cubrimos un examen de detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor médico calificado la ordenan y usted cumple con alguna de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilegales. • Le hicieron una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera que corre un alto riesgo, pagaremos por un examen una vez. Si corre un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilegales desde su última prueba negativa de hepatitis C), cubrimos exámenes anuales.	No hay coseguro, copago o deducible para las pruebas de detección por el virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para evitar las ITS Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que están en mayor riesgo de contraer una STI cuando un médico de atención primaria es quien ordena las pruebas. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones presenciales de asesoramiento sobre la conducta de 20 a 30 minutos de duración cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer una STI. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y tienen lugar en un ámbito de atención primaria, como un consultorio médico.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio de prevención mediante pruebas de detección de STI y asesoramiento para evitar las STI cubierto por Medicare.
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios relacionados con las enfermedades renales y la diálisis incluyen: Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar a los miembros sobre el cuidado de los riñones y ayudarlos a tomar decisiones informadas sobre su atención. A los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV derivados por su médico, les cubrimos hasta 6 sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando esté temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando el proveedor que brinda el servicio no está disponible o accesible en ese momento) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como paciente hospitalizado para recibir atención especial)	No hay coaseguro, copago o deducible para la capacitación sobre enfermedades renales. 20% de coseguro por diálisis renal cubierta por Medicare. Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales (continuación) • Capacitación sobre autodiálisis (incluye capacitación para usted y otra persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo e insumos para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores capacitados en diálisis para controlar su diálisis en el hogar, ayudar en situaciones de emergencia y controlar su equipo de diálisis y el suministro de agua) Ciertos medicamentos para la diálisis están cubiertos bajo la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección de **Medicamentos de la Parte B de Medicare** en esta tabla.	
Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF) (Para ver una definición de atención en un establecimiento de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. A los establecimientos de enfermería especializada a veces se los llaman SNF.) Este beneficio se limita a un máximo de 100 días por período de beneficio. No se requiere admisión hospitalaria previa. No se cubren los cuidados asistenciales ni los cuidados domiciliarios en un centro de enfermería especializada. Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	Días 1 a 20: $0 de copago Días 21 a 100: $221 copago (si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0) Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por admisión.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un centro especializado de enfermería (SNF) (continuación) • Medicamentos que se administran como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea) • Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de eritrocitos comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que necesite: usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o usted o alguien más deben donar la sangre. Los demás componentes de sangre están cubiertos desde la primera pinta que use. • Insumos médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF • Análisis de laboratorio normalmente provistos por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas normalmente provistos por los SNF • Servicios de médico/profesional médico Por lo general, usted recibe la atención del SNF en centros médicos de la red. Bajo ciertas condiciones que se mencionan a continuación, es posible que pueda pagar un costo compartido por un centro que no pertenezca a la red si este centro médico acepta los montos de nuestro plan como pago. • Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro de atención continua donde estaba viviendo inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un establecimiento de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica vive en el momento que usted deja el hospital. *Se requiere autorización previa.*	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para los pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplen con estos criterios: • Consumen tabaco, sin importar si muestran signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Son competentes y están alertas durante la terapia • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare ofrecen la terapia Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intensivas o intermedias, con lo que el paciente puede recibir hasta 8 sesiones al año).	No hay coseguro, copago o deducible por los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para dejar de fumar y de consumir tabaco.
***Beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos** Los miembros que reúnan los requisitos para recibir los beneficios SSBCI pueden utilizar de manera combinada sus beneficios mensuales de $58 del SSBCI para productos de venta libre (OTC) y apoyos para la vida diaria, para el hogar y el baño, para ayudarles a cubrir los gastos cotidianos. Este beneficio se otorga mediante una tarjeta de débito emitida por el plan. Este beneficio puede usarse para: • Alimentos saludables • Asistencia general para vivienda (por ejemplo, alquiler, hipoteca, servicios públicos) Para poder calificar para los SSBCI, los miembros deben padecer al menos una de las siguientes enfermedades crónicas: • enfermedades cardiovasculares • enfermedades mentales crónicas e incapacitantes • enfermedad gastrointestinal crónica (limitado a enfermedad hepática en etapa terminal)	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio del SSBCI si usted califica.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
***Beneficios Complementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas III (SSBCI) (continuación)** • trastornos pulmonares crónicos (limitado a enfermedad pulmonar obstructiva crónica) • insuficiencia cardíaca congestiva • enfermedad del tejido conectivo • demencia • diabetes mellitus • sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • accidente cardiovascular Además: La afección debe ser mortal o limitar en gran medida la salud o función general del miembro; el miembro debe correr un alto riesgo de hospitalización u otros resultados médicos adversos, y el miembro debe necesitar la coordinación de cuidados intensivos. El plan revisará criterios objetivos para determinar la elegibilidad de un miembro. Para obtener más información o verificar la elegibilidad, los miembros deben ponerse en contacto con el plan. Se aplican limitaciones. **Asimismo, el miembro debe cumplir con uno de los siguientes:** • Haber tenido una o más hospitalizaciones (incluso de salud conductual) por la afección crónica en los últimos 12 meses. • Haber acudido una o más veces a un centro de urgencias o a una sala de emergencias por motivos relacionados con su enfermedad crónica en los últimos 12 meses. • Usted realizó dos o más consultas ambulatorias por la afección crónica (incluso consultas de atención primaria o de atención especializada) en los últimos 12 meses. • Ser un paciente que requiere visitas de atención domiciliaria por la afección crónica.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
***Beneficios Complementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SSBCI) (continuación)** Ser un paciente con una o más afecciones crónicas y una necesidad de una o más piezas de equipo médico duradero (DME) en un entorno ambulatorio, limitado al grupo 3 de sillas de ruedas eléctricas/manuales, ventilación no invasiva (NIV), máquinas de bipap, dispositivo de insuflación-exsuflación mecánica, o un colchón del grupo 2 o del grupo 3. Los fondos no utilizados expirarán al final de cada mes o al darse de baja del plan.	
Terapia de ejercicio supervisada (SET) Se cubre la SET para miembros que sufren enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con estos criterios: • Constar de sesiones de 30 a 60 minutos, que comprenden un programa de ejercicio-entrenamiento terapéutico para PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Ser impartido por personal auxiliar calificado para asegurar que los beneficios superen los daños, y por quienes están entrenados en terapia de ejercicio para PAD • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico (PA), o enfermero profesional (NP)/enfermero clínico especialista (CNS) capacitado en técnicas de soporte vital tanto básicas como avanzadas Se puede extender la SET más allá de las 36 sesiones a lo largo de 12 semanas con 36 sesiones adicionales durante un período extendido si un proveedor médico lo considera médicamente necesario. *Se requiere autorización previa.*	20% de coseguro por las visitas de SET cubiertas por Medicare Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
***Telemedicina** Ofrecemos a todos los miembros acceso 24/7 durante todo el año a un médico participante por teléfono, computadora o dispositivo móvil. Los miembros pueden tener inmediatamente una consulta médica, de asesoramiento o psiquiátrica con un médico. Los miembros también pueden coordinar una consulta de telemedicina para más adelante. Comuníquese con Servicios al Miembro para obtener más información.	No hay ningún coseguro, copago o deducible por el beneficio de telemedicina.
***Transporte** 12 viajes de ida cada año a sitios aprobados por el plan (por ejemplo, consultorio del médico, farmacia y hospital). Puede ser mediante un automóvil, un servicio de traslado o una camioneta, según resulte más adecuado para la situación y las necesidades del miembro. Los viajes deben programarse con al menos un día hábil de antelación, excepto en circunstancias especiales. El transporte solamente se autoriza hacia los sitios aprobados por el plan (por ejemplo, consultorio médico, farmacia y hospital). Límite de 50 millas por viaje de un solo trayecto.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio de transporte descrito.
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de necesidad urgente si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si está dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable recibir este servicio de los proveedores de la red debido al tiempo, el lugar y las circunstancias. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle los gastos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de necesidad urgente son las enfermedades y las lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de dolencias existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los	$40 de copago por la atención de urgencia cubierta por Medicare Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de urgencia (continuación) chequeos anuales) no se consideran de necesidad urgente incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no se encuentra disponible temporalmente. Los costos compartidos para los servicios de atención médica de urgencia provistos fuera de la red son los mismos que para los servicios que se brindan dentro de la red. Usted cuenta con cobertura para los servicios de urgencia en todo el mundo — Límite combinado de $50,000 (USD) al año para emergencias, atención de urgencia y servicios de emergencia en ambulancia brindados fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Están incluidos los servicios necesarios para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es una emergencia y que requiere atención médica inmediata.	
Cuidado de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, que incluyen el tratamiento para la degeneración macular asociada a la edad. Original Medicare no cubre los exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen de glaucoma cada año. Entre aquellos con un alto riesgo de padecer glaucoma están las personas con antecedentes familiares de glaucoma, los diabéticos, los afroamericanos a partir de los 50 años y los hispanoamericanos a partir de los 65 años. • Para los diabéticos, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez al año.	20% de coseguro por exámenes de la vista cubiertos por Medicare y anteojos cubiertos por Medicare. Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid para los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague $0. $0 de copago por exámenes de la vista de rutina

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Cuidado de la vista (continuación) • Un par de anteojos o lentes de contacto luego de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Si le realizan 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía. *Nuestro plan ofrece cobertura complementaria de la vista, que incluye: • Un examen de rutina de la vista al año. • $100 de asignación máxima combinada para anteojos o lentes de contacto.	
Consulta preventiva de Bienvenida a Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva única de *Bienvenida a Medicare*. La consulta incluye un chequeo de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios de atención médica preventiva, (que incluyen ciertas pruebas de detección e inyecciones [o vacunas]), y derivaciones para otra atención que pueda necesitar. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva de *Bienvenida a Medicare* únicamente dentro de los primeros 12 meses desde que tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su consulta, informe al consultorio de su médico que quiere programar una consulta para su visita preventiva de *Bienvenida a Medicare*.	No hay coseguro, copago o deducible por la consulta preventiva de *Bienvenida a Medicare*.

SECCIÓN 3 Servicios que están cubiertos fuera de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice

Esta información es para personas que cuentan tanto con Medicare como con Delaware Medicaid.

Es posible que algunos beneficios estén cubiertos tanto por nuestro plan como por Delaware Medicaid. Si esto ocurre, deberá usar primero toda la cobertura de nuestro plan correspondiente a ese beneficio. Delaware Medicaid podría cubrir el beneficio una vez utilizada la cobertura de nuestro plan.

Los beneficios que puede recibir pueden depender de su nivel de elegibilidad para Delaware Medicaid.

Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad o sus beneficios, consulte su Manual del Miembro de Medicaid. El manual contiene la información más actualizada sobre Delaware Medicaid.

O bien, llame a la División de Medicaid y Asistencia Médica (DMMA) al 1-302-255-9500 o 1-800-372-2022. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.

Beneficios
Hospital: atención médica hospitalaria o ambulatoria
Visitas de rutina al consultorio del médico, chequeos médicos y consultas por enfermedad
Visitas de rutina para bebés, visitas de rutina para niños y vacunas
Pruebas y estudios, exámenes de laboratorio y radiografías
Servicios en establecimientos de enfermería especializada
Servicios de Detección Temprana y Periódica, de Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT), incluidas las pruebas de detección preventivas periódicas y otros servicios de diagnóstico y tratamiento necesarios para miembros de 20 años o más jóvenes
Servicios de planificación familiar
Farmacia
Visitas a especialistas

Beneficios
Servicios para la vista: exámenes de rutina de la vista/ anteojos o lentes de contacto
Transporte médico que no sea de emergencia
Servicios de enfermería privada y de atención médica domiciliaria
Servicios para enfermos terminales
Atención prenatal y posparto, incluidos el parto, la admisión en el centro de maternidad, la atención neonatal y las visitas domiciliarias por alta temprana para madres primerizas
Equipo médico duradero e insumos
Servicios de centros de salud con calificación federal
Servicios de centro de cirugía ambulatoria
Cirugía: hospitalaria y/o ambulatoria
Servicios de atención pediátrica extendida recetada (PPEC) para niños que son médica o tecnológicamente dependientes
Servicios preventivos, incluidas las mamografías, colonoscopías y visitas de rutina para adultos
Servicios de telemedicina
Servicios para dejar de fumar
Servicios quiroprácticos
Servicios ambulatorios de salud conductual
Servicios de profesionales de la salud conductual con licencia
Servicios de radiología, incluidas imagenología invasiva y no invasiva
Exámenes de obstetricia/ginecología y pruebas de Papanicolaou anuales
Servicios de relevo pediátricos para los miembros de 20 años o más jóvenes con una afección de salud conductual que afecta su capacidad para cuidar de sí mismos
Servicios de coordinación de atención y administración de casos

Beneficios
Servicios odontológicos para adultos (21 años o mayores): ahora se ofrecen sin un copago
Servicios para tratar adicciones como paciente ambulatorio y residencial
Servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias tóxicas (SUD)
Tratamiento asistido con medicamentos (MAT)
Análisis conductual aplicado
Trasplantes de órganos
Traslados en ambulancia
Terapia física, del habla y ocupacional

SECCIÓN 4 Servicios que no cubre nuestro plan (exclusiones)

Esta sección le indica los servicios que están excluidos.

El siguiente cuadro enumera los servicios y los artículos que no están cubiertos por nuestro plan bajo ninguna condición o que están cubiertos por nuestro plan solo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos excepto bajo las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un establecimiento de emergencias, los servicios excluidos tampoco estarán cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es cuando el servicio es apelado y decidido: tras la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar la decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico bajo ciertas circunstancias
Cirugía o procedimientos estéticos	Cubiertos en caso de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una extremidad mal formada

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
	Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado para producir un aspecto simétrico
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es el cuidado personal que no requiere la atención permanente del personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse	No cubierto bajo ninguna condición
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare determina que no tienen la aprobación general de la comunidad médica	Pueden estar cubiertos por Original Medicare en el ámbito de un estudio clínico aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para más información sobre los estudios de investigación clínica)
Las tarifas que sus familiares inmediatos o miembros de su familia cobran por brindarle atención	No cubierto bajo ninguna condición
Servicios de enfermería a tiempo completo en su hogar	No cubiertas bajo ninguna condición
Servicios de salud domiciliaria	Medicare cubre la atención de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente que sea médicamente necesaria
Los servicios domésticos incluyen asistencia básica en el hogar, como limpieza general o preparación de comidas simples	No cubierto bajo ninguna condición
Servicios de naturópata (con tratamientos naturales o alternativos)	No cubierto bajo ninguna condición

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Atención odontológica que no es de rutina	La atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como paciente hospitalizado o ambulatorio
Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de una órtesis y que están incluidos en el costo de esta Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad de pie diabético
Artículos personales en su habitación en el hospital o en un establecimiento de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión	No cubierto bajo ninguna condición
Habitación privada en un hospital	Cubierta solo cuando sea médicamente necesario
Queratotomía radial y cirugía LASIK	No cubierto bajo ninguna condición
Reversión de procedimientos de esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta	No cubierto bajo ninguna condición
Cuidado quiropráctico de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según los estándares de Original Medicare	No cubierto bajo ninguna condición

CAPÍTULO 5:
Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo "Ayuda Adicional" con los costos de los medicamentos recetados de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros califican para recibir Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos bajo receta. Si usted está en el programa de Ayuda Adicional, es posible que parte de la información en esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos bajo receta de la Parte D no le corresponda. Le enviamos un documento aparte llamado *Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos bajo receta* (también conocido como *Cláusula de subsidio por personas con bajos ingresos* o *Cláusula LIS*), que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) y solicite la *Cláusula LIS*. (Los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la contraportada de este documento.)

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan

Consulte el cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 para ver información sobre los beneficios de farmacia para enfermos terminales y beneficios de farmacia de la Parte B de Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con su División de Medicaid y Asistencia Médica (DMMA) para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid. Los números de teléfono de la División de Medicaid y Asistencia Médica (DMMA) figuran en el Capítulo 2, Sección 6, de este documento.

Por lo general, nuestro plan cubrirá los medicamentos siempre que usted cumpla con estas normas:

- Un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que haga la receta) debe hacerle una receta médica que sea válida de acuerdo con la ley estatal vigente.

- El profesional que haga la receta no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2), o puede surtirla a través del servicio de pedidos por correo de su plan.
- Su medicamento debe estar en la lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- El medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por determinadas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.)
- Es posible que su medicamento necesite la aprobación de nuestro plan en base a ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información)

SECCIÓN 2 Surta su receta médica en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedidos por correo de nuestro plan

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

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para brindar los medicamentos cubiertos. Los "medicamentos cubiertos" son todos los medicamentos de la Parte D que están en la lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su *Directorio de farmacias*, viste nuestro sitio web (www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice/member-2027/network-pharmacy), o llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si su farmacia deja la red

Si la farmacia que ha estado usando deja la red de nuestro plan, deberá encontrar una farmacia nueva en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, reciba ayuda de Servicios al Miembro llamando al**1-833-467-3302** (**711** para TTY) o use el *Directorio de farmacias.*

También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro médico de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro médico de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para conseguir sus medicamentos de la Parte D en un centro médico de atención a largo plazo, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY).
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena o al Programa de Salud Indígena Urbano/Tribal (no disponible en Puerto Rico). Excepto en situaciones de emergencia, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación del proveedor o capacitación sobre su uso. Para ubicar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* (www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice/member-2027/network-pharmacy) o llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY).

Sección 2.2 Servicios de pedidos por correo de nuestro plan

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan permite que usted pida un suministro de **hasta 90 días del medicamento**.

Para obtener información sobre cómo surtir sus medicamentos bajo receta por correo, llame a Servicios de Farmacia al Miembro al **1-844-657-2255 (TTY 711**), disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si usa una farmacia para pedidos por correo que no está en la red del plan, su receta médica no se cubrirá.

Por lo general, recibirá el pedido por correo de la farmacia en no más de 10 días hábiles. Si su pedido se retrasa, llámenos al **1-844-657-2255 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana, para solicitar una autorización excepcional temporal que le permita obtener un suministro a corto plazo de medicamentos en una farmacia minorista.

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

La farmacia automáticamente surtirá y entregará las nuevas recetas que reciba de los proveedores de atención médica, sin consultarle antes, en cualquiera de los siguientes casos:

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

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

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

Si nunca utilizó nuestro servicio de pedido por correo y/o decide dejar de recibir automáticamente nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para preguntarle si desea que le envíen el medicamento de inmediato. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si quiere que se envíe, demore o cancele el medicamento recetado nuevo.

Para darse de baja de los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, póngase en contacto con su farmacia de pedidos por correo, que puede encontrar en nuestra herramienta de búsqueda de farmacias en la página web www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice/member-2027/network-pharmacy.

Recargas de recetas médicas de pedido por correo.

Para las renovaciones de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de renovación automática. En este programa, comenzamos a procesar su próxima renovación automáticamente cuando nuestros registros indican que está a punto de quedarse sin su medicamento. La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviar cada renovación para asegurarse de que necesita más medicamento, y usted puede cancelar las renovaciones programadas si aún tiene suficiente medicamento o si su medicación ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de renovación automática, pero desea que la farmacia de venta por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia entre 7 y 10 días antes de que se agote su receta actual. Esto garantizará que su pedido llegue a tiempo.

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

Si recibe automáticamente por correo una renovación que no desea, podría recibir un reembolso.

Sección 2.3 Cómo recibir un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece 2 formas de recibir un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento de la lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma con frecuencia para el control de una enfermedad crónica o prolongada.)

1. Su *Directorio de farmacias* (www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice/member-2027/network-pharmacy) le indica cuáles farmacias en su red pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) para más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través del programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

En general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Llame primero a Servicios al Miembro al 1-833-467-3302 (711 para TTY)** para comprobar si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos las recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red solo bajo estas circunstancias:

- Si las recetas médicas están relacionadas con una emergencia médica o atención de urgencia.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna en nuestra área de servicios porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable que presten el servicio de atención las 24 horas.

- Si está intentando surtir una receta médica que no está disponible con frecuencia en una farmacia minorista o de pedido por correo (incluidos los medicamentos de alto costo y exclusivos).
- Si se trata de uno de los medicamentos cubiertos que pueden administrarse en el consultorio del médico.
- Cuando el gobierno declara un desastre federal o estado de emergencia, entonces permitimos acceder a servicios fuera de la red para evitar que los centros médicos interrumpan el servicio.

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) en el momento que surta la receta. Usted puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para saber cómo pedirle al plan que le devuelva el dinero.) Es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la lista de medicamentos de nuestro plan

Sección 3.1 La lista de medicamentos indica los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos la Lista de medicamentos.**

Nuestro plan selecciona los medicamentos en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y cuenta con su aprobación.

La lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos bajo la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con el programa de Medicaid de su estado para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid.

Por lo general, cubrimos un medicamento en la lista de medicamentos de nuestro plan siempre que cumpla con las normas de cobertura que se explican en este capítulo y se utilice según una indicación aceptada médicamente. Una indicación aceptada médicamente es el uso del medicamento que cumple con *uno* de estos requisitos:

- La FDA ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual se está recetando, o

- Está respaldado por cierta literatura, como la información de medicamentos del American Hospital Formulary Service y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del fármaco. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, estamos hablando de un medicamento o un producto biológico.

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

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

Medicamentos que no están en la lista de medicamentos

Nuestro 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, consulte la Sección 7.)
- En otros casos, nosotros decidimos no incluir un determinado medicamento en la lista de medicamentos.
- En algunos casos, puede obtener un medicamento que no esté en la lista de medicamentos. (Para obtener información, consulte el Capítulo 9.)

Sección 3.2 *Cinco niveles de costos compartidos para los medicamentos en la lista de medicamentos*

Cada medicamento en la lista de medicamentos de nuestro plan está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el costo del medicamento para usted:

- Nivel 1: genéricos preferidos

- Nivel 2: genéricos
- Nivel 3: de marca preferidos
- Nivel 4: medicamentos no preferidos
- Nivel 5: de especialidad

Para saber en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en la lista de medicamentos de nuestro plan. El monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costos compartidos se muestra en el Capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo averiguar si un medicamento específico está en la lista de medicamentos

Para averiguar si un medicamento está en nuestra lista de medicamentos, tiene estas opciones:

- Revise la lista de medicamentos más reciente que ofrecemos electrónicamente.
- Visite el sitio web de nuestro plan (www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice). La lista de medicamentos en el sitio web siempre está actualizada.
- Llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) para averiguar si un determinado medicamento está en la lista de medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.
- Use la "herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan (www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice/member-2027/formulary) para buscar medicamentos en la lista de medicamentos para saber una estimación de lo que pagará y ver si hay algún medicamento alternativo en la lista de medicamentos para la misma afección. También puede llamar a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos con receta, hay normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más efectiva posible. Para averiguar si un medicamento que usted toma o quiere tomar tiene alguna de estas restricciones, revise la lista de medicamentos.

Si hay un medicamento más económico seguro que funcione tan bien como un medicamento más costoso, las normas de nuestro plan están diseñadas para hacer que usted y su proveedor usen la opción más económica.

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

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción en su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tienen que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) para saber que pueden hacer usted o su proveedor para que cubramos el medicamento. **Si quiere que no apliquemos la restricción que le corresponde, necesitará utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos aceptar o no aceptar dejar de aplicar la restricción que le corresponde. (Consulte el Capítulo 9.)

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación de nuestro plan en base a ciertos criterios antes de que aceptemos cubrir su medicamento. Esto se llama **autorización previa**. Esto se establece para garantizar la seguridad del medicamento y ayudar a orientar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento. Puede conocer los criterios de la autorización previa de nuestro plan llamando a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) o en nuestro sitio web (www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice/member-2027/prescription-drug-benefits).

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito le recomienda probar medicamentos menos costosos, pero que generalmente tienen la misma eficacia, antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección, el plan puede exigirle que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces nuestro plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **terapia escalonada**. Puede conocer los criterios de los criterios de la terapia escalonada de nuestro plan llamando a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) o en nuestro sitio web (www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice/member-2027/pharmacy-benefits).

Límites de cantidades

Con ciertos fármacos, limitamos la cantidad de medicamento que podrá recibir cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido

por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta médica a no más de un comprimido por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que toma, o uno que usted y su proveedor creen que debería tomar, no está en nuestra lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga ninguna cobertura. O, tal vez, una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que usted quiere tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales para la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero tiene un nivel de costos compartidos que hace que su parte sea mayor que la cree que debería pagar.

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que hace que el costo sea más caro de lo que cree que debería ser, consulte la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.

Si su medicamento no está en la lista de medicamentos o está restringido, puede hacer lo siguiente:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o que elimine las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, nuestro plan deberá brindar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser poder recibir el suministro temporal, el medicamento que está tomando ya **no debe estar en la lista de medicamentos de nuestro plan** O **estar restringido de alguna manera ahora**.

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.

- **Si estuvo en nuestro 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 receta es por menos días, permitiremos varias recargas para ofrecer hasta un máximo de **30 días** de su medicación. La receta médica se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede ofrecer el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio.)
- **Para aquellos miembros que han estado en nuestro plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**
  Cubriremos un suministro de emergencia de **31 días** de un medicamento en particular, o menos si su receta médica indica que es por menos días. Esto se suma al suministro de transición mencionado arriba.
- Los miembros que hayan tenido un cambio en su nivel de atención (entorno) tendrán derecho a recibir un suministro único de transición por medicamento de hasta **30 días** para aquellos que recibieron el alta y regresaron a sus hogares y de hasta **31 días** para aquellos que fueron trasladados a un centro de atención a largo plazo. Por ejemplo, aquellos que:
  - Reciben el alta del hospital e ingresan a centros médicos de atención a largo plazo (LTC), a veces tienen una lista de medicamentos del formulario del hospital con una planificación de muy corto plazo (a menudo menos de 8 horas).
  - Reciben el alta de un hospital y van a su casa.
  - Finalizan su hospitalización en un establecimiento de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y necesitan regresar al formulario del plan de la Parte D.
  - Terminan su hospitalización en un establecimiento de enfermería especializada y regresan a la comunidad.

Si tiene preguntas sobre el suministro temporal, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY).

Durante el tiempo en que esté usando el suministro temporal de un medicamento, debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando el suministro temporal se acabe. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que podría tener la misma eficacia para usted. Llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto adecuado para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitarla. Por ejemplo, puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no esté en la lista de medicamentos de nuestro plan. O puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 7.4 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurar que su solicitud se maneje con rapidez y equitativamente.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que considera que es demasiado alto

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que considera que es demasiado alto, esto es lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que cree que es demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente en un nivel de costos compartidos inferior que podría tener la misma eficacia para usted. Llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto adecuado para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costos compartidos del medicamento para que usted pague menos. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 7.4 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurar que su solicitud se maneje con rapidez y equitativamente.

Los medicamentos en el nivel 5 no son elegibles para este tipo de excepción. No bajamos el costo compartido para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos tiene lugar al principio de cada año (1. ° de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan puede hacer cambios en la lista de medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la lista de medicamentos.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costos compartidos mayor o menor.**
- **Añadir o eliminar una restricción de cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos obtener la aprobación de Medicare para los cambios que hacemos a la lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la lista de medicamentos, publicamos la información en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra lista de medicamentos en línea con frecuencia. A veces, recibirá un aviso directo si el cambio afecta a uno de los medicamentos que está tomando.

Cambios en la cobertura de medicamentos que pueden afectarlo durante este año del plan

- **Adición de medicamentos nuevos a la lista de medicamentos y eliminación o modificación <u>inmediata</u> de un medicamento similar en la lista de medicamentos.**
    - Es posible que quitemos inmediatamente un medicamento similar de la lista de medicamentos, pasemos el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agreguemos restricciones nuevas o ambas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y tendrá las mismas restricciones o menos.
    - Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una versión genérica nueva de una marca o añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la lista de medicamentos.
    - Es posible que hagamos estos cambios inmediatamente y le informemos después, incluso si está tomando el medicamento que quitamos o modificamos.

Si usted está tomando el medicamento similar al momento de hacer el cambio, le informaremos cualquier cambio específico que realizamos.

- **Adición de medicamentos a la lista de medicamentos y eliminación o modificación inmediata de un medicamento similar en la lista de medicamentos.**
    - Al agregar otra versión de un medicamento a la lista de medicamentos, es posible que quitemos un medicamento similar de la lista de medicamentos, lo pasemos a un nivel de costo compartido diferente, agreguemos restricciones nuevas o ambas. La versión del medicamento que añadamos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
    - Haremos estos cambios solo si agregamos una versión genérica nueva de un medicamento de marca o añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la lista de medicamentos.
    - Le avisaremos al menos 30 días antes del cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminación de medicamentos no seguros y otros medicamentos en la lista de medicamentos que se retiraron del mercado.**
    - A veces, un medicamento se puede considerar no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podremos retirar el medicamento de forma inmediata de la lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos luego de realizar el cambio.
- **Otros cambios en los medicamentos de la lista de medicamentos.**
    - Una vez que el año haya comenzado, podremos efectuar otros cambios que pueden afectar los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, en función de las advertencias de recuadro de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
    - Le avisaremos al menos 30 días antes de estos cambios o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que toma.

Si realizamos alguno de estos cambios en alguno de los medicamentos que esté tomando, hable con el profesional que receta la medicación sobre las opciones más apropiadas para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su enfermedad, o solicite una decisión de cobertura para cumplir con cualquier restricción nueva sobre el medicamento que esté tomando. Usted o el profesional que receta la medicación pueden pedirnos una excepción para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener información sobre cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Es posible que hagamos ciertos cambios en la lista de medicamentos que no se describieron anteriormente. En estos casos, el cambio no lo afectará si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio. Sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1. ° de enero del siguiente año del plan si usted permanece en el mismo plan.

Por lo general, estos son los cambios que no lo afectarán durante el año actual del plan:

- Pasamos su medicamento a un nivel superior de costos compartidos.
- Ponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que toma (excepto por los retiros del mercado, el reemplazo de un medicamento genérico por un medicamento de marca u otro cambio mencionado en la sección anterior), el cambio no afectará a su uso o lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1. ° de enero del próximo año.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año del plan en curso. Deberá consultar la lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que esté tomando que podrá afectarlo durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos con receta están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido bajo la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre la apelación de una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento es excluido por nuestro plan, debe pagarlo usted mismo.

Estas son 3 normas generales sobre los medicamentos que los planes de la Parte D de Medicare no cubrirán:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

- Nuestro plan no cubre el uso *no indicado en la etiqueta* cuando el uso no está respaldado por cierta literatura médica, como la información de medicamentos del American Hospital Formulary Service y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex. El uso *no indicado en la etiqueta* es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de los medicamentos enumerados a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, usted puede obtener la cobertura de algunos de estos medicamentos según su cobertura de medicamentos de Medicaid. Comuníquese con el programa de Medicaid de su estado para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener la información de contacto de la División de Medicaid y Asistencia Médica (DMMA).

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos para promover la fertilidad
- Medicamentos para aliviar la tos o los síntomas del resfrío
- Medicamentos con fines estéticos o para ayudar al crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con fluoruro
- Medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos usados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos ambulatorios para los que el fabricante exige que le compren a él exclusivamente las pruebas o los servicios de control asociados como condición de venta

Si está recibiendo Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta, la Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que no estén cubiertos normalmente. Si tiene cobertura de medicamentos por medio de Medicaid, es posible que su programa estatal de Medicaid cobre algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa de Medicaid de su estado para determinar la cobertura de medicamentos que puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6.)

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, brinde la información de su membresía del plan (que encontrará en su tarjeta del miembro) a la farmacia de la red que escoja. La farmacia de la red le facturará

automáticamente al plan nuestra parte de los costos del medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando pase a buscar su medicamento.

Si no tiene la información de miembro del plan con usted, usted o la farmacia deberán llamar a nuestro plan para obtener la información necesaria o podrá pedirle a la farmacia que busque su información de membresía del plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta médica cuando la recoja.** Luego podrá **pedirnos que le reembolsemos nuestra parte.** Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitarle al plan el reembolso.

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

Sección 9.1 En un hospital o establecimiento de enfermería especializada por una admisión hospitalaria cubierta por nuestro plan

Si es admitido en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada con cobertura de nuestro plan, por lo general cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que deje el hospital u otro establecimiento de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que cumplan con todas las normas de cobertura que se describen en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente de un centro médico de atención a largo plazo (LTC)

Por lo general, los centros médicos de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tienen su propia farmacia o usan una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si reside en un centro médico de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del establecimiento, o la que use el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte si *Directorio de farmacias* (www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice/member-2027/network-pharmacy) para averiguar si la farmacia de su centro LTC, o la que este usa, forma parte de nuestra red. Si no está incluida, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY). Si está en un centro médico de atención a largo plazo (LTC), debemos garantizar que pueda recibir normalmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si es residente de un centro LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o está restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para ver información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si está en un centro de atención para enfermos terminales certificado por Medicare

El centro de atención para enfermos terminales y nuestro plan no cubren el mismo medicamento simultáneamente. Si está inscrito en el programa de atención para enfermos terminales de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por la atención para enfermos terminales porque no se relacionan con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que receta la medicación o del proveedor de atención para enfermos terminales que indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de atención para enfermos terminales o profesional que receta la medicación que envíe una notificación antes de surtir su receta.

En caso de que revoque su elección de atención para enfermos terminales o si recibe el alta, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos tal como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando termine su beneficio de atención para enfermos terminales de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones sobre el uso de medicamentos para ayudar a garantizar que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

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

- Posibles errores en la medicación
- Medicamentos que puede que no sean necesarios porque está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser apropiados o seguros por su edad o género
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si los toma al mismo tiempo

- Recetas médicas para medicamentos que tienen componentes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades peligrosas de analgésicos con opioides

Si vemos un posible problema en el uso de medicamentos, coordinaremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios profesionales que recetan su medicación o de farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis con opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con los profesionales que recetan su medicación, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepínicos posiblemente no sea seguro, es posible que limitemos cómo puede obtenerlos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, estas pueden ser algunas limitaciones:

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

Si planeamos limitar la forma en que puede recibir estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si le limitamos la cobertura de estos medicamentos, o si se le exigirá obtener las recetas médicas para estos medicamentos solo de un proveedor que haga la receta o farmacia en particular. Usted tendrá la oportunidad de contarnos cuáles son los profesionales que recetan su medicación o las farmacias que prefiere usar, y cualquier otra información que considere que necesitemos saber. Luego de tener la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o la limitación, usted y el profesional que le receta su medicación tendrán derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le informaremos la decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No lo pondremos en nuestro DMP si tiene ciertas enfermedades, como dolores relacionados con un cáncer activo o drepanocitosis, si está recibiendo cuidados para enfermos terminales, paliativos o en la etapa final de su vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Administración de la Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de la Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollo el programa para garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de los costos de medicamentos o que están en un DMP para ayudarlos a usar sus opioides de manera segura pueden recibir servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional médico harán una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o duda que tenga sobre sus medicamentos con receta médica y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de cosas recomendadas para hacer y las medidas que debe tomar para conseguir los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de todos los medicamentos que esté tomando con la cantidad, el horario y la razón por la cual los toma. Además, los miembros del programa MRM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Le recomendamos que hable con su médico sobre la lista de recomendaciones y la lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores médicos. Tenga la lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de ir al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos la información al respecto. Si decide no participar, infórmenos y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY).

CAPÍTULO 6:
Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

En este capítulo, usamos la palabra “medicamentos” para referirnos a los medicamentos con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.

Para entender la información sobre el pago, necesita conocer qué medicamentos están cubiertos, cómo surtir sus recetas médicas, y qué normas debe seguir cuando usted obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando usa nuestra “herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar la cobertura de un medicamento (www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice/member-2027/formulary), el costo que ve muestra un estimado de los costos de bolsillo que se espera que usted pague. También puede recibir la información provista en la “herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY).

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo Ayuda Adicional con los costos de los medicamentos recetados de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros califican para recibir Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos bajo receta. Si usted recibe Ayuda Adicional, **es posible que parte de la información en esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no le corresponda.** Le enviamos un documento aparte llamado *Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos bajo receta* (también conocido como *Cláusula de subsidio por personas con bajos ingresos* o *Cláusula LIS*), que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios al Miembro al**1-833-467-3302** (**711** para TTY) y solicite la *Cláusula LIS*.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que usted puede pagar por los medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que usted puede pagar:

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra parte.
- El **copago** es el monto fijo que puede pagar cada vez que surte una receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que surte una receta médica.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo

Medicare tiene normas sobre lo que se toma en cuenta y lo que no para sus gastos de bolsillo. Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos el registro de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos <u>están incluidos</u> en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **incluyen** los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted cumpla con las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que usted paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas del pago de medicamentos:
  - La etapa del deducible
  - La etapa inicial de cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos de Medicare antes de unirse a nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos hecho por su familia o amigos
- Cualquier pago hecho por sus medicamentos por parte del programa de Ayuda Adicional de Medicare, los planes de su empleador o sindicato, el Servicio de Salud Indígena, los programas de asistencia con medicamentos para el SIDA (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Cómo pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de $2,400 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumple con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o Parte B y otros medicamentos que Medicare haya excluido de la cobertura
- Pago de sus medicamentos efectuado por algunos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno como TRICARE y la Administración de Salud de los Veteranos (VA)
- Pago de sus medicamentos efectuados por un tercero con obligación legal de pagar los gastos de las recetas médicas (por ejemplo, compensación de los trabajadores)
- Pago efectuado por los fabricantes de medicamentos bajo el programa de descuento de fabricantes

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por los medicamentos, usted tiene la obligación de informar a nuestro plan llamando a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY).

Seguimiento de sus gastos totales de bolsillo

- *La Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB) que usted recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcanza los $2,400, la *EOB de la Parte D* le indicará que dejó la etapa inicial de cobertura y pasó a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para garantizar que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas del pago de medicamentos para los miembros de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos bajo AmeriHealth Caritas VIP Care Choice. Lo que pague por cada receta dependerá de la etapa en la que se encuentra cuando surta o renueve su receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Estas son las etapas:

- **Etapa 1: etapa de deducible anual**
- **Etapa 2: etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: etapa de cobertura catastrófica**

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios de la Parte D* explica en qué etapa de pago está

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y los pagos que hace cuando recibe los medicamentos con receta en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuando pase de una etapa de pago de un medicamento a la siguiente. Hacemos seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** esto es cuánto pagó. Incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos hecho por sus familiares o amigos y cualquier pago hecho por sus medicamentos por parte del programa de Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- **Costo total de los medicamentos**: es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que paga nuestro plan, lo que paga usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si ha surtido una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información sobre ese mes.** Este informe detalla los pagos de las recetas médicas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que pagaron usted y otros en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1. ° de enero.** Muestra los costos y los pagos totales de los medicamentos desde que comenzó el año.

- **Información sobre precios de medicamentos.** Muestra el precio total de los medicamentos e información sobre los cambios en el precio desde la primera recarga para cada reclamo de medicamento con receta de la misma cantidad.

- **Recetas alternativas disponibles de menor de costo.** Muestra información sobre otros medicamentos con un menor costo compartido para cada reclamo de receta médica, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted hace, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Así es cómo usted puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que surta sus recetas médicas.** Esto ayuda a garantizar que sepamos sobre las recetas médicas que surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces en las que es posible que pague todo el costo de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a hacerle seguimiento a sus gastos de bolsillo, denos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debería darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte de los beneficios de nuestro plan.
    - Cuando hace un copago por los medicamentos que se suministran bajo un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
    - Cuando compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o paga el precio completo de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
    - Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte correspondiente del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hagan por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos efectuados por un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica, un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas se incluyen como gastos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus gastos.

- **Revise 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, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY). Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 Etapa del deducible

Ya que la mayor parte de nuestros miembros reciben Ayuda Adicional con sus costos de medicamentos con receta, la etapa del deducible no se aplica a la mayoría de los miembros. Si usted recibe Ayuda Adicional, esta etapa de pago no corresponde a su caso.

Si no recibe Ayuda Adicional, la etapa del deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas de herpes zóster, tétanos, vacunas para viajes. Usted pagará un deducible anual de $120 para los medicamentos de Nivel 3 – Nivel 5. **Debe pagar el costo completo de sus medicamentos de Nivel 3 al Nivel 5** hasta alcanzar el monto del deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El **costo completo** por lo general es menor que el precio completo normal del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo completo no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas de despacho para los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación del Precio de los Medicamentos de Medicare.

Una vez que pague $120 por sus medicamentos del Nivel 3 al Nivel 5, deja la etapa del deducible y pasa a la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte la receta médica

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

Nuestro plan tiene cinco niveles de costos compartidos

Cada medicamento en la lista de medicamentos de nuestro plan está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el número del nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento para usted:

- Nivel 1: genéricos preferidos
- Nivel 2: genéricos

- Nivel 3: de marca preferidos (usted no paga más de $35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel)
- Nivel 4: medicamentos no preferidos (usted no paga más de $35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel)
- Nivel 5: de especialidad (usted no paga más de $35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel)

Para saber en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en la lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red nuestro plan. Cubrimos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo cubriremos una receta médica surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de envíos por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice/member-2027/network-pharmacy.

Sección 5.2 Sus costos para un suministro de *un mes* de un medicamento cubierto

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

El monto del copago o coseguro depende del nivel de costos compartidos.

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

Sus costos para un suministro de *un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	**Costo compartido estándar en farmacias minoristas de la red** (un suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido de pedidos por correo** (un suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido para atención a largo plazo (LTC)** (un suministro de hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información.) (un suministro de hasta 30 días)
Costos compartidos Nivel 1 (Genéricos preferidos)	Usted paga $0 de copago.	Usted paga $0 de copago.	Usted paga $0 de copago.	Usted paga $0 de copago.
Costos compartidos Nivel 2 (Genéricos)	Usted paga $3 de copago. o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para todos los demás medicamentos: $0 o $5 o $14.40 de copago	Usted paga $3 de copago. o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para todos los demás medicamentos: $0 o $5 o $14.40 de copago	Usted paga $3 de copago. o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para todos los demás medicamentos: $0 o $5 o $14.40 de copago	Usted paga $3 de copago. o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para todos los demás medicamentos: $0 o $5 o $14.40 de copago

Nivel	**Costo compartido estándar en farmacias minoristas de la red** (un suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido de pedidos por correo** (un suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido para atención a largo plazo (LTC)** (un suministro de hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información.) (un suministro de hasta 30 días)
Costos compartidos Nivel 3 (De marca preferidos)	25% de coseguro o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para todos los demás medicamentos: $0 o $5 o $14.40 de copago	25% de coseguro o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para todos los demás medicamentos: $0 o $5 o $14.40 de copago	25% de coseguro o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para todos los demás medicamentos: $0 o $5 o $14.40 de copago	25% de coseguro o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para todos los demás medicamentos: $0 o $5 o $14.40 de copago

Nivel	**Costo compartido estándar en farmacias minoristas de la red** (un suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido de pedidos por correo** (un suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido para atención a largo plazo (LTC)** (un suministro de hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información.) (un suministro de hasta 30 días)
Costos compartidos Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	25% de coseguro o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para todos los demás medicamentos: $0 o $5 o $14.40 de copago	25% de coseguro o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para todos los demás medicamentos: $0 o $5 o $14.40 de copago	25% de coseguro o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para todos los demás medicamentos: $0 o $5 o $14.40 de copago	25% de coseguro o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para todos los demás medicamentos: $0 o $5 o $14.40 de copago

Nivel	**Costo compartido estándar en farmacias minoristas de la red** (un suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido de pedidos por correo** (un suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido para atención a largo plazo (LTC)** (un suministro de hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información.) (un suministro de hasta 30 días)
Costos compartidos Nivel 5 (De especialidad)	31% de coseguro o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para todos los demás medicamentos: $0 o $5 o $14.40 de copago	31% de coseguro o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para todos los demás medicamentos: $0 o $5 o $14.40 de copago	31% de coseguro o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para todos los demás medicamentos: $0 o $5 o $14.40 de copago	31% de coseguro o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para todos los demás medicamentos: $0 o $5 o $14.40 de copago

Nota: Si usted califica para recibir Ayuda Adicional, pagará el copago correspondiente a Ayuda Adicional o el costo del nivel del medicamento, el que sea menor.

No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costo compartido incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 8 para obtener más información sobre los costos compartidos para las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico le receta un medicamento para menos de un mes, es posible que no que tenga que pagar el costo del suministro para todo el mes

Por lo general, el monto que usted paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico quieran que tenga un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, un suministro para menos de un mes completo si esto le ayudará a planear mejor las fechas de recarga del plan.

Si recibe un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo, no deberá pagar el suministro del mes completo.

- Si usted es responsable del coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Como el coseguro depende del costo total del medicamento, su costo será inferior, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de realizar un copago por el medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que reciba en vez de un mes completo. Calculamos el monto que paga por día para su medicamento (la tasa diaria de costos compartidos) y la multiplicamos por el número de días de suministro de medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos para un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro que dura hasta 90 días.

Sus costos para un suministro *a largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido minorista estándar (en la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costo compartido de pedidos por correo (un suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Genéricos preferidos)	Usted paga $0 de copago.	Usted paga $0 de copago.
Nivel 2 de costos compartidos (Genéricos)	Usted paga $9 de copago. o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para medicamentos de marca: $0 o $5 o $14.40 de copago	Usted paga $9 de copago. o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para medicamentos de marca: $0 o $5 o $14.40 de copago
Costos compartidos Nivel 3 (De marca preferidos)	25% de coseguro o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para medicamentos de marca: $0 o $5 o $14.40 de copago	25% de coseguro o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para medicamentos de marca: $0 o $5 o $14.40 de copago

Nivel	Costo compartido minorista estándar (en la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costo compartido de pedidos por correo (un suministro de hasta 90 días)
Costos compartidos Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	25% de coseguro o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para medicamentos de marca: $0 o $5 o $14.40 de copago	25% de coseguro o **si califica para Ayuda Adicional:** Para medicamentos genéricos o de marca tratados como genéricos: $0 o $1.65 o $5.80 de copago Para medicamentos de marca: $0 o $5 o $14.40 de copago
Costos compartidos Nivel 5 (De especialidad)	Los suministros a largo plazo no están disponibles para los medicamentos del Nivel de especialidad.	Los suministros a largo plazo no están disponibles para los medicamentos del Nivel de especialidad.

Nota: Si usted califica para recibir Ayuda Adicional, pagará el copago correspondiente a Ayuda Adicional o el costo del nivel del medicamento, el que sea menor.

No pagará más de $70 por un suministro de hasta 2 meses o $105 por un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costo compartido incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los gastos de bolsillo para el año alcancen los $2,400

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el total de sus gastos de bolsillo alcancen los **$2,400**. Luego pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

La *EOB de la Parte D* que recibe lo ayudará a llevar la cuenta de cuánto han gastado usted, nuestro plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillos de $2,400 en un año.

Le avisaremos si alcanza este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica

En la etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa en la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo llegan al límite de $2,400 para el año calendario. Una vez que esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago durante el resto del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran un beneficio médico y están cubiertas bajo la Parte B y otras se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin ningún costo incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) para obtener más información sobre la cobertura y los costos compartidos para vacunas específicas.

Nuestra cobertura consta de 2 partes para las vacunas de la Parte D:

- La primera parte es por el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es por el costo de **administrarle la vacuna.** (A veces, esto se llama “administración” de la vacuna.)

Sus costos para una vacuna de la Parte D dependen de 3 cosas:

1. **Si el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP) recomienda la vacuna para adultos.**
    - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D son recomendadas por el ACIP y no tienen ningún costo para usted.
2. **Dónde recibe la vacuna.**
    - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o en el consultorio del médico.
3. **¿Quién le administra la vacuna?**

- Un farmacéutico u otro proveedor pueden darle la vacuna en la farmacia. O puede dársela un proveedor en el consultorio médico.

Lo que usted paga al momento de recibir una vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en qué **etapa de pago del medicamento** esté.

- Cuando recibe una vacuna, es posible que deba pagar el costo completo tanto de la vacuna en sí como el del proveedor que se la administró. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que nos corresponde del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D, esto significa que le reembolsaremos el costo total que pagó.
- En otros momentos, cuando recibe una vacuna, usted paga solo su parte del costo de acuerdo con su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D, usted no paga nada.

A continuación, hay 3 ejemplos de maneras en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Puede recibir la vacuna de la Parte D en cualquier farmacia de la red. (Esta opción dependerá de dónde viva usted. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas.)

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D, usted no paga nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará su coseguro a la farmacia por la vacuna en sí, que incluye el costo de aplicársela.
- Nuestro plan pagará el importe restante.

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

- Cuando reciba la vacuna, puede que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y de la aplicación por parte del proveedor.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva la parte correspondiente del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto completo que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna en sí de la Parte D en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico para que se la administre.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará su coseguro a la farmacia por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, puede que deba pagar el costo completo por este servicio.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva la parte correspondiente del costo mediante los procedimientos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto completo que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte por los servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente a nuestro plan sus servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por los costos completos de la atención médica o los medicamentos que recibió, envíenos esta factura para que podamos pagarla. Cuando usted nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si los servicios y medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por nuestro plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (la devolución de dinero con frecuencia se llama **reembolso**). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero cada vez que pague más que su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Es posible que existan plazos que deba cumplir para que le devolvamos el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envía una factura que ya ha pagado, la analizaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían cubrirse, le devolveremos el dinero por los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por un monto superior a su parte de los costos compartidos. Primero intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en vez de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato con nosotros, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que haya recibido:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

- Puede recibir servicios de emergencia o urgencia de cualquier proveedor, sin importar si el proveedor pertenece o no a la red. En estos casos, pídale al proveedor que le facture al plan.
- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, pídanos el reembolso de nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor donde se le solicite un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura junto con la documentación de los pagos que ya haya realizado.
    - Si al proveedor se le adeuda algo, le pagaremos directamente al proveedor.
    - Si ya ha pagó más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto adeudaba y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que considera que no debería pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar a nuestro plan directamente. Sin embargo, a veces cometen errores y le solicitan a usted que pague más que su parte del costo.

- Usted solo debe pagar el monto de su parte del costo cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores facturen cargos adicionales o separados, llamado **facturación de saldos.** Esta protección (que hace que usted nunca pague más que el monto de sus costos compartidos) se aplica incluso si pagamos al proveedor una cantidad menor que la que este cobra por un servicio, e incluso si hubiera una disputa y no pagáramos determinados cargos del proveedor. No permitimos que los proveedores le cobren por servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cobro del proveedor. Esto se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red que usted considera que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted ya le pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Pídanos que le devolvamos la diferencia entre el dinero que pagó y el que adeudaba según el plan.

3. Si su inscripción en nuestro plan es retroactiva

A veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción incluso puede haber sido el año pasado.

Si usted estaba inscrito retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le devolvamos nuestra parte de los costos. Deberá presentar la documentación correspondiente, como los recibos y las facturas, para poder procesar el reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos el reclamo directamente. Cuando eso suceda, usted debe pagar el costo total de su receta médica.

Conserve su recibo y envíenos una copia para solicitarnos que le devolvamos la parte del costo que nos corresponde. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le paguemos la diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta médica porque no lleva su tarjeta de miembro de nuestro plan con usted

Si no lleva su tarjeta de miembro del plan con usted, puede solicitarle a la farmacia que llame a nuestro plan o que consulte su información de inscripción del plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita inmediatamente, es posible que deba pagar el costo total de la receta médica.

Conserve su recibo y envíenos una copia para solicitarnos que le devolvamos la parte del costo que nos corresponde. Es posible que no le paguemos el costo completo si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio acordado para la receta médica.

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

Puede pagar el costo total de la receta médica porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la lista de medicamentos de nuestro plan o podría tener un requisito o restricción que no conocía o que no creía que aplicara a su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es probable que deba pagar el costo total.

- Conserve su recibo y envíenos una copia para solicitarnos que le devolvamos el dinero. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su médico para que le devolvamos nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le paguemos el costo completo si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio acordado para la receta médica.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento deberían cubrirse. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debería cubrirse, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos 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 el reembolso o el pago de una factura que recibió

Puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero ya sea por teléfono o a través de una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Le recomendamos hacer una copia de la factura y los recibos como constancia. **Debe presentarnos su reclamo dentro de los doce meses** de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Si no utiliza el formulario, incluya lo siguiente:
  - Nombre completo
  - ID de miembro
  - Dirección y correo electrónico del miembro
  - Recibo o copia del recibo del servicio
  - Nombre y número de ID del proveedor
  - Número de teléfono del proveedor
  - Fecha del servicio
  - Diagnóstico, si se conoce
- Si está relacionado con un medicamento, incluya también:
  - Nombre del medicamento
  - Recibo o copia del recibo del servicio o del medicamento

- Farmacia donde se surtió el medicamento
- Teléfono de la farmacia
- Fecha en que se surtió la medicación
- Diagnóstico, si se conoce
- Nombre y número de ID del proveedor
- Número de teléfono del proveedor

- Descargue una copia del formulario en nuestro sitio web (www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice) o llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) y solicite el formulario.

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

Para servicios médicos:	Para medicamentos:
AmeriHealth Caritas VIP Care Choice P.O. Box 7108 London, KY 40742-7108	AmeriHealth Caritas VIP Care Choice Attn: Direct Member Reimbursement P.O. Box 516 Essington, PA 19029

SECCIÓN 3 Examinaremos su solicitud de pago para decidir si pagaremos o no

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos alguna información adicional. De lo contrario, analizaremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted cumplió con todas las normas, le pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse todo el monto que pagó (por ejemplo, si obtiene un medicamento de una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio acordado). Si todavía no ha pagado el servicio o el medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor por correo.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta que explicará los motivos por los que no le enviamos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le decimos que no pagaremos la atención médica o el medicamento en su totalidad o en parte, puede presentar una apelación

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Presentar una apelación significa pedir que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para consultar los detalles sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y consideraciones culturales

Sección 1.1 Debemos brindarle información de una manera conveniente para usted y en consonancia con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de forma culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con una competencia limitada en inglés, comprensión lectora limitada, discapacidad auditiva, o aquellas personas con orígenes culturales y étnicos diversos. Entre los ejemplos sobre cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad, se encuentran, entre otros, ofrecer servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos, o dispositivos TTY (teletipo o teléfono con teclado).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Además, de ser necesario, podemos brindarle información en idiomas distintos al inglés, incluidos el español y el braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo. Tenemos la obligación de darle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros en una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**)

Nuestro plan debe ofrecer a las mujeres inscritas la opción de tener acceso directo a especialistas en salud para la mujer dentro de los servicios de atención médica rutinaria y preventiva para mujeres.

Si los proveedores de la red de nuestro plan relacionados con una especialidad no se encuentran disponibles, es responsabilidad del plan localizar a proveedores de especialidad fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido que corresponde a la red. Si se encuentra en una situación en la que no se encuentra disponible un especialista dentro de la red de nuestro plan que cubra un servicio que necesite, es necesario que llame a nuestro plan para obtener información sobre cómo obtener este servicio de costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar un especialista en la salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja formal ante Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede presentar una queja ante Medicare a través del 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o por TTY al 1-800-537-7697.

SECCIÓN 1 Our plan must honor your rights and cultural sensitivities

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

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish and braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at **1-833-467-3302** (TTY users call **711**).

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services at **1-833-467-3302** (TTY users call **711**). You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que reciba los servicios y medicamentos cubiertos de manera oportuna

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de nuestro plan que le brinde y coordine los servicios cubiertos. No exigimos que obtenga derivaciones para acudir a proveedores de la red.

Tiene derecho a acudir a consultas y a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red de nuestro plan *dentro de un período razonable.* Esto incluye el derecho a obtener servicios en tiempo y forma de especialistas cuando necesite esta atención. También tiene derecho a surtir o recargar sus recetas médicas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largas demoras.

Si considera que no está recibiendo la atención médica o los medicamentos de la Parte D en un período razonable, el Capítulo 9 le indica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su información médica personal incluye la información personal que usted nos dio cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de la manera en que se usa su información médica. Le brindamos un aviso escrito llamado *Aviso de prácticas de privacidad*, que habla sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica (www.amerihealthcaritasvipcare.com/content/dam/amerihealth-caritas/vip-care/pdf/de-02/notice-of-privacy-practices.pdf.coredownload.inline.pdf)

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información médica a alguien que no le brinde su atención o pague por ella, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o el de alguien a quien usted haya dado un poder legal para tomar decisiones por usted.*
- Hay algunas excepciones en las que no tenemos la obligación de obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son obligatorias por ley.

- Se nos exige divulgar información médica a las agencias gubernamentales que supervisan la calidad de la atención.
- Debido a que es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a brindar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y las regulaciones federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no se comparta.

Puede ver la información en sus registros y saber de qué modo se ha compartido

Tiene derecho a ver los registros médicos que conserva nuestro plan y obtener una copia. Podemos cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si solicita que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor médico para decidir si es necesario realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con fines que no sean de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY).

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice, tiene derecho a que le brindemos distintos tipos de información.

Si quiere alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY):

- **Información sobre nuestro plan.** Incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a recibir información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias en nuestra red y la manera en que pagamos a los proveedores en nuestra red
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando la use.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre por qué no se cubren determinadas cosas y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 brinda información sobre cómo pedir una explicación por

escrito con los motivos de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 además brinda información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, que también se llama apelación.

Sección 1.5 Tiene derecho a saber sobre sus opciones de tratamiento y a participar en la toma de decisiones sobre su atención

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Los proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender.*

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

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar el costo o si nuestro plan las cubre. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicaciones y a utilizar los medicamentos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen sobre cualquier riesgo implícito en su atención. Se le debe informar de antemano si la atención médica o el tratamiento propuesto son parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir que "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que se quede. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, acepta toda la responsabilidad de lo que le sucede a su cuerpo en consecuencia.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no es capaz de tomar decisiones médicas por su cuenta.

A veces, las personas no pueden de tomar decisiones de atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas** por usted si en algún momento no puede tomar decisiones por usted mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por usted mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por anticipado en estas situaciones se llaman **últimas voluntades médicas**. Los documentos como el **testamento en vida** y el **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de últimas voluntades médicas.

Cómo preparar una última voluntad médica para dejar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de última voluntad médica con su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de insumos para oficinas. A veces puede obtener los formularios de última voluntad médica en las organizaciones que brindan información sobre Medicare.
- **Complete el formulario y fírmelo.** No importa de dónde obtenga el documento, se trata de un documento legal. Le recomendamos solicitar la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que tomará decisiones por usted si no puede hacerlo por cuenta propia. Le recomendamos que haga copias para sus amigos cercanos o familiares. No olvide conservar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que lo van a hospitalizar y ha firmado una última voluntad médica, **lleve una copia con usted al hospital**.

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de última voluntad médica y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de última voluntad médica, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted decide si desea llenar última voluntad médica (incluso si quiere firmar una en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo por haber firmado o no una última voluntad médica.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma una última voluntad médica, y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones que indica el documento, puede presentar una queja ante:

The Division of Services for Aging and Adults with Physical Disabilities
1901 N Dupont Hwy
New Castle, DE 19720
1-800-223-9074

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja, y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Sin importar lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **tenemos la obligación de brindarle un trato justo**.

Sección 1.7 Si cree que lo están tratando de manera injusta o que no se están respetando sus derechos

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, grupo étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si considera que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos *y no* se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema que tiene mediante alguno de los siguientes:

- **Llame a Servicios al Miembro de nuestro plan al 1-833-467-3302 (711 para TTY)**
- **Llame a su oficina local de SHIP** al 1-302-674-7364 o al 1-800-336-9500
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (1-877-486-2048 para usuarios de TTY).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos de estos lugares:

- **Llame a Servicios al Miembro al 1-833-467-3302 (711 para TTY)**.
- **Llame a su oficina local de SHIP** al 1-302-674-7364 o al 1-800-336-9500
- **Contacte a Medicare**
    - Visite Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare)* (disponible en: Medicare Rights & Protections)
    - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (1-877-486-2048 para usuarios de TTY)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Esto es lo que necesita hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para recibir estos servicios cubiertos**. Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para saber lo que está cubierto y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre los servicios médicos.
    - Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura médica o cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos al respecto.** El Capítulo 1 le indica cómo coordinar estos beneficios.
- **Dígale a su médico y demás proveedores médicos que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía de nuestro plan cuando reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Facilite la atención que recibe de médicos y otros proveedores al darles información, formular preguntas y hacer el seguimiento de su atención.**
    - Para ayudarlo a obtener la mejor atención posible, informe a sus médicos y demás proveedores médicos sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
    - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluso los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla y de recibir una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted actúe de manera tal que ayude al buen funcionamiento del consultorio médico, de los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
    - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el medicamento.

- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan**, necesitamos saberlo para que podamos mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o la Junta de Retiro de Empleados Ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:
Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para resolver problemas e inquietudes. El proceso que usted utiliza para manejar su problema depende de 2 cosas:

1. Si su problema se relaciona con beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si le gustaría recibir ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY).
2. El tipo de problema que tiene:

   - Para algunos problemas, debe usar el **proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones.**
   - Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (también llamadas quejas formales).

Medicare ha aprobado estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros debemos cumplir.

La información en este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto para utilizar y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

En este capítulo, se utilizan términos legales para explicar algunas normas, procedimientos y tipos de plazos. Muchos de estos términos son extraños para la mayoría de las personas. Para simplificar las cosas, en este capítulo se utilizan palabras más comunes en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber cuáles términos usar para recibir la ayuda o información correcta, incluimos estos términos legales al dar detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde recibir más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, tenemos la obligación de respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debería llamar a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302 (711** para TTY) para pedir ayuda. En algunas situaciones, es posible que además quiera recibir asistencia u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudar son:

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP).

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Los asesores en este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para resolver el problema que tiene. También pueden responder preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos.

Delaware Medicare Assistance Bureau
Department of Insurance
1351 West North Street, Suite 101
Dover, DE 19904
1-302-674-7364 o 1-800-336-9500

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

- Llame 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.
- Visite Medicare.gov.

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Division of Medicaid and Medical Assistance
1-302-255-9500 (TTY 711)
de lunes a viernes, 8 a.m. a 4:30 p.m.
DHSS Herman Holloway Campus, Lewis Building

1901 N. Dupont Highway
New Castle, DE 19720

SECCIÓN 3 Qué procesos usar para su problema

Como usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, puede utilizar diferentes procesos para manejar su problema o queja. El proceso que usted utiliza depende de si el problema se relaciona con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicare, use el proceso de Medicare. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicaid, use el proceso de Medicaid. Si le gustaría recibir ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY).

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para averiguar qué parte debería leer, utilice el cuadro siguiente.

¿Su problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

Mi problema es sobre los beneficios de **Medicare**.

Consulte la **Sección 4, Cómo manejar los problemas con sus beneficios de Medicare.**

Mi problema es sobre la cobertura de **Medicaid.**

Consulte la **Sección 12, Cómo manejar los problemas con sus beneficios de Medicaid.**

SECCIÓN 4 Cómo manejar sus problemas con los beneficios de Medicare

¿Su problema o inquietud se relaciona con los beneficios o la cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) está o no está cubierta, la manera en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago por la atención médica.

Sí.

Consulte la **Sección 5, Una guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 11, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Una guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se encargan de los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para facilitar el proceso, por lo general, nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como

atención médica. Usted puede utilizar el proceso de decisión de cobertura y apelación para saber, por ejemplo, si algo está cubierto o no y la manera en que lo está.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si quiere saber si cubrimos su atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo deriva a un especialista médico que no pertenece a la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que usted recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de Cobertura* deje claro que el servicio derivado no está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no sabe con certeza si cubrimos un servicio médico en particular o si se niega a brindar la atención médica que usted cree que necesita.

Solo se desestimará una solicitud de decisión de cobertura bajo circunstancias limitadas, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de lo anterior incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso que explicará por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no lo está para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir el beneficio, y usted no está conforme, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Bajo ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. A su apelación la gestionan otros revisores que no son los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para revisar si seguimos todas las normas correctamente. Una vez que completamos la revisión, le informamos nuestra decisión.

Solo se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1 bajo circunstancias limitadas, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de lo anterior incluyen si la

solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso que explicará por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos su apelación de Nivel 1 de manera total o parcial para la atención médica, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2, que será llevada a cabo por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- No tiene que hacer nada para iniciar la apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación por atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 por atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se abordan en la Sección 7.

Si no está conforme con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda recurrir a otros niveles de apelación adicionales (este capítulo explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 5.1 Reciba ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Si decide solicitar algún tipo de decisión sobre la cobertura o apelar una decisión, tiene a su disposición los siguientes recursos:

- **Llame a Servicios al Miembro al 1-833-467-3302 (711 para TTY)**
- **Reciba ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico.
- **Su médico puede hacer una solicitud en su nombre.** Si su médico lo ayuda en una apelación después del Nivel 2, deberá designarlo como su representante. Llame a Servicios al Miembro al**1-833-467-3302** (**711** para TTY) y solicite el formulario de *Designación de representante* (el formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice).
    - Para recibir atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta la medicación pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada, su médico o profesional que receta la medicación podrá solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede solicitar a alguien que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

    - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) y solicite el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice.) Este formulario le otorga permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que quiere que actúe en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.

    - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, se desestimará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito que explica su derecho a solicitarle a la organización de revisión independiente que revise la decisión de desestimar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si cumple con los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o para apelar una decisión.

Sección 5.2 Normas y fechas límite para diferentes situaciones

Hay 4 situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y fechas límite diferentes. Le damos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 6.** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7.** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8.** Cómo solicitarnos que cubramos una admisión hospitalaria más larga si considera que le están dando el alta demasiado pronto
- **Sección 9.** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto (*solo aplica a estos*

servicios: atención médica domiciliaria, atención en un establecimiento de enfermería especializada y servicios integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios [CORF])

Si no sabe qué información aplica a su caso, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY). También puede recibir ayuda o información de parte de su SHIP.

SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de la atención médica o si quiere que le devolvamos nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios para la atención médica se describen en el Capítulo 4 en el cuadro de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud por un medicamento de la parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para medicamentos de la parte B son diferentes de las normas para artículos médicos y servicios.

Esta sección explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de estas 5 situaciones:

1. No está recibiendo cierta atención médica que quiere y cree que nuestro plan cubre esta atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico quieren brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre esta atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero dijimos que no pagaríamos por esta atención. **Presente una apelación Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó por atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, y quiere solicitarle a nuestro plan que realice el reembolso del costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Le informan que la cobertura para cierta atención médica que ha estado recibiendo y que anteriormente aprobamos se reducirá o interrumpirá, y usted considera que reducir o interrumpir esta atención podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

Nota: **Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro**

de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), consulte las Secciones 8 y 9. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura relacionada con su atención médica se llama **determinación de la organización**.

Una **decisión rápida de cobertura** se llama **determinación acelerada.**

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar por lo general se toma dentro de los primeros 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión rápida de cobertura por lo general se realiza dentro de las 72 horas, para servicios médicos, o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si utilizar las fechas límites estándares podría perjudicar gravemente su salud o dañar su capacidad de recobrar su funcionamiento.

Si el médico nos dice que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente aceptaremos darle una decisión rápida de cobertura.

Si usted solicita la decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida de cobertura. Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:

- Explica que usaremos los plazos estándares.
- Explica si su médico nos pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente tomaremos una decisión rápida de cobertura.
- Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida de cobertura que nos solicitó.

Paso 2: Pida a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos la cobertura de la atención médica que desea. Usted, su

médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 incluye información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándares, usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los primeros 7 días calendario después de recibir su solicitud del artículo o servicio médico que está sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicitó no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los primeros 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de las primeras 72 horas luego de recibir su solicitud.

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos demorarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos más días, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos nuestra decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas.)

Para las decisiones de cobertura rápidas, usamos un plazo acelerado.

Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos dentro de las primeras 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le responderemos dentro de las primeras 24 horas.

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos demorarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos más días, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas.) Nos comunicaremos con usted tan pronto como tomemos nuestra decisión.
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración escrita que explicará los motivos.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede presentar una apelación.

Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión a través de una apelación. Esto significa pedir nuevamente obtener la cobertura de atención médica que desea. Si hace una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación ante nuestro plan sobre una decisión de cobertura de la atención médica se llama **reconsideración** del plan.

La apelación rápida también se llama **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar por lo general se presenta dentro de los primeros 30 días calendario o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida por lo general se presenta dentro de las primeras 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted o su médico tendrán que decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos comunica que su salud exige una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si está solicitando solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación por teléfono. El Capítulo 2 incluye la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, solicítela por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 incluye la información de contacto.
- **Debe hacer su solicitud de apelación dentro de los primeros 65 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo y tiene una buena causa que lo justifique, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Podríamos otorgarle más tiempo para realizar su apelación. Algunos ejemplos de buenas causas pueden incluir una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con la decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos atentamente toda la información. Revisamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Compilaremos más información si es necesario y podemos contactarlos a usted o a su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las primeras 72 horas posteriores a recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud exige que así lo hagamos.
    - Si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta dentro de las primeras 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos más días), tenemos la obligación de enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización independiente la revisará. La organización de revisión independiente le avisará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 6.4 explica del proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa para todo o parte de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura acordada dentro de las primeras 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le avisará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los primeros 30 días calendario** luego de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que todavía no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de los primeros 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su afección así lo requiere.

- Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico**.** Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos demorarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos más días, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos nuestra decisión. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas.)
- Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o al final del periodo extendido), pasaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 en la que una organización de revisión independiente revisará la apelación. La organización de revisión independiente le avisará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 6.4 explica del proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de los primeros 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los primeros 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le avisará por escrito cuando reciba su apelación.

Sección 6.4 Proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información es su **expediente**. **Tiene derecho a solicitar una copia de su expediente.**
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

- Los revisores en la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe responder su apelación de Nivel 2 **dentro de las primeras 72 horas** posteriores a recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **podrá tomar hasta 14 días calendario adicionales.** Si se toman más tiempo, se lo informarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede demorarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si obtuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los primeros 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los primeros 7 días calendario** luego de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **podrá tomar hasta 14 días calendario adicionales.** Si se toman más tiempo, se lo informarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede demorarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó para un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de **las 72 horas** o prestar el servicio dentro de los 14 días calendario luego de recibir la decisión de la organización de revisión independiente sobre las **solicitudes estándares**. Para **las solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó para un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o brindar el medicamento de la Parte B dentro de las primeras **72 horas** luego de recibir la decisión de la organización de revisión independiente sobre las **solicitudes estándares.** Para **las solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente**.**
- **Si la organización de revisión independiente rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan y considera que su solicitud (o parte de su solicitud) sobre la cobertura de atención médica no debería aprobarse. (A esto se le llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**.) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
    - Explica la decisión.
    - Le comunica su derecho a una apelación en el Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando cumple con un cierto mínimo. El aviso escrito que recibe de la organización de revisión independiente le dirá el valor en dólares que debe cubrir para continuar el proceso de apelación.
    - Le explica cómo presentar una apelación de Nivel 3

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea avanzar con el proceso de apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación luego del Nivel 2 (de un total de 5 niveles de apelación). Si desea avanzar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso escrito que recibió luego de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encargará de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 explica los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 6.5 Si nos pide que le reembolsemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

No podemos reembolsarle el dinero a usted directamente por un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por Medicaid que es más que su copago, envíenos la factura. **No pague la facture por su cuenta.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor médico si cumplió con las normas para obtener el servicio o el artículo.

Solicitar el reembolso implica una decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía la documentación para pedir un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, analizaremos si la atención médica que usted pagó está cubierta. También verificaremos si cumplió con las normas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo generalmente entre los primeros 30 y 60 días calendario de haber recibido su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta, o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que le informará que no pagaremos la atención médica junto con los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la solicitud, **puede presentar una apelación.** Presentar una apelación significa que nos pide que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones en la Sección 6.3. Para apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los primeros 60 días calendario posteriores a recibir su apelación. Si nos está pidiendo que le reembolsemos los costos de la atención médica que ya recibió y pagó de su bolsillo, no tiene permitido solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que tenemos que pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los primeros 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que nos solicitó a usted o al proveedor dentro de los primeros 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para tener cobertura, el medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para más información sobre lo que es una indicación médicamente aceptada.) Para obtener información sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección solamente trata sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente hablamos de *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento con receta cubierto*

para paciente ambulatorio o *medicamento de la Parte D* cada vez que se mencione. También usamos el término lista de medicamentos en vez de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación previa para que lo cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta médica no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le dará una notificación por escrito para explicarle cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la Parte D

Término legal:

A una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se le llama **determinación de cobertura.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de estas situaciones:

- Cómo solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la lista de medicamentos de nuestro plan. **Pida una excepción. Sección 7.2**
- Cómo solicitar que no apliquemos una restricción sobre la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como los límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Pida una excepción. Sección 7.2**
- Cómo solicitar pagar un monto menor de costos compartidos de un medicamento cubierto en un mayor nivel de costos compartidos. **Pida una excepción. Sección 7.2.**
- Cómo solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Pida una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Cómo solicitar que paguemos un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos un reembolso. Sección 7.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección explica cómo solicitar las decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la lista de medicamentos es una **excepción del formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura para un medicamento es una **excepción del formulario.**

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido es una **excepción de nivel.**

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que estuviera cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que receta la medicación tendrá que explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta la medicación pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra lista de medicamentos. Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que corresponde a los medicamentos en el Nivel 4. No puede solicitar una excepción del monto del costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento cuando aceptemos cubrir un medicamento que no figure en la lista de medicamentos.

2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto. El Capítulo 5 describe las normas o las restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción que le corresponde, puede pedir una excepción del monto del costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un menor nivel de costos compartidos. Cada medicamento de la lista de medicamentos está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel, menos pagará como su parte de los costos del medicamento.

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.

- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que lo cubramos a un costo compartido menor. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su enfermedad.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el Nivel 5: de especialidad.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 7.3 Cosas importantes que debe saber sobre cómo pedir excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que receta la medicación deben presentar una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para que podamos tomar una decisión más rápidamente, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta la medicación cuando nos pida la excepción.

Por lo general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causaría más efectos secundarios u otros problemas médicos, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos pide una excepción de niveles, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción a menos que ninguno de los medicamentos alternativos en el nivel inferior de costos compartidos tenga la misma eficacia para usted o puedan provocar una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Este es el caso siempre y cuando su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

Una decisión rápida de cobertura se llama **determinación acelerada de cobertura**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las decisiones de cobertura estándares se toman dentro de las primeras **72 horas** después de recibir su solicitud. **Las decisiones de cobertura rápidas** se toman dentro de las primeras **24 horas** después de recibir su solicitud.

Si su salud lo requiere, solicítenos que tomemos una decisión rápida de cobertura. **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con 2 requisitos:**

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no haya recibido. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura para recibir un reembolso de un medicamento que ya compró.)
- Usar los plazos estándares podría perjudicar gravemente su salud o dañar su capacidad de funcionar.
- **Si su médico u otro profesional que receta la medicación nos dicen que su salud exige una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si usted solicita la decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico o de otro profesional que receta, decidiremos si su salud exige que le demos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:
    - Explica que usaremos los plazos estándares.
    - Explica que, si su médico u otro profesional que receta la medicación nos pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente tomaremos una decisión rápida de cobertura.
    - Le indica cómo presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que nos solicitó. Responderemos su queja dentro de las primeras 24 horas de la recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión rápida de cobertura.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para pedir que autoricemos o brindemos la cobertura de la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar

cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada mediante el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS* o mediante el formulario de nuestro plan, que están disponibles en nuestro sitio web www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice/member-2027/pharmacy-faq. El Capítulo 2 incluye información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto y la información que demuestre cuál reclamo rechazado está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante pueden hacer esto. También puede tener un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede dar permiso por escrito a alguien más para que actúe como su representante.

- **Si está pidiendo una excepción, brinde la declaración de respaldo**, que incluye los motivos médicos para la excepción. Su médico u otro profesional que receta la medicación pueden enviarnos la declaración por fax o por correo postal. O su médico u otro profesional que receta la medicación pueden informarnos por teléfono y hacer el seguimiento al enviar una declaración escrita por fax o por correo postal si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las primeras 24 horas** luego de recibir su solicitud.
    - Para las excepciones, le daremos una respuesta dentro de las primeras 24 horas luego de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud exige que así lo hagamos.
    - Si no cumplimos con este plazo, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envía a una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que acordamos dentro de las primeras 24 horas posteriores a recibir su solicitud o la declaración de su médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explicará los motivos. También le diremos cómo apelar.

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

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las primeras 72 horas** luego de recibir su solicitud.

- Para las excepciones, le daremos una respuesta dentro de las primeras 72 horas luego de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud exige que así lo hagamos.
- Si no cumplimos con este plazo, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envía a una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que acordamos **dentro de las 72 horas** posteriores a recibir su solicitud o la declaración de su médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explicará los motivos. También le diremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los primeros 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envía a una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** también tenemos la obligación de realizarle el reembolso dentro de los primeros 14 días calendario posteriores a recibir su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explicará los motivos. También le diremos cómo apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión a través de una apelación. Esto significa pedir nuevamente la cobertura del medicamento que desea. Si hace una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación ante nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación del plan.
Una apelación rápida se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar por lo general se hace dentro de los primeros 7 días calendario. Una apelación rápida por lo general se presenta dentro de las primeras 72 horas. Si su salud lo exige, pida una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico, u otro profesional que receta la medicación, tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que receta la medicación deberá comunicarse con nosotros y presentar la apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedir una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándares, debe enviar una solicitud por escrito o llamarnos.** El Capítulo 2 incluye información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, puede enviar su apelación por escrito o llamarnos al 1-833-467-3302 (TTY 711).** El Capítulo 2 incluye información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada mediante el *Formulario modelo de solicitud de redeterminación de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web en www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice/member-2027/forms. Incluya su nombre, información de contacto y los datos relacionados con su reclamo para facilitarnos el procesamiento de su solicitud.
- **Debe hacer su solicitud de apelación dentro de los primeros 65 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta de la decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo y tiene una buena causa que lo justifique, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Podríamos otorgarle más tiempo para realizar su apelación. Algunos ejemplos de buenas causas pueden incluir una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, miramos de nuevo detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Revisamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otro profesional que receta la medicación para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las primeras 72 horas posteriores a recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud exige que así lo hagamos.
    - Si no le damos una respuesta dentro de las primeras 72 horas, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envía a una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica del proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las primeras 72 horas posteriores a recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué la rechazamos y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no recibió

- Para las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los primeros 7 días calendario** luego de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión con mayor rapidez si aún no ha recibido el medicamento y su afección requiere que lo hagamos.
    - Si no tomamos una decisión dentro de los primeros 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente la revisará. Le informaremos por escrito si su solicitud se envía a una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica del proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** luego de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué la rechazamos y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los primeros 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envía a una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** también tenemos la obligación de realizarle el reembolso dentro de los primeros 30 días calendario posteriores a recibir su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explicará los motivos. También le diremos cómo apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si presenta otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 7.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta el medicamento) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo hacer una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización.
- **Debe hacer su solicitud de apelación dentro de los primeros 65 días calendario** a partir de la fecha en el aviso escrito.

- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación de **riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envía a una organización de revisión independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información es su **expediente**. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente.**
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Los revisores en la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pídale a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente acepta darle una apelación rápida, la organización de revisión independiente debe responder su apelación de Nivel 2 dentro de las **primeras 72 horas** posteriores a recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, la organización de revisión independiente debe responder su apelación de Nivel 2 **dentro de los primeros 7 días calendario** posteriores a recibir su apelación si es para un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe responder su apelación de Nivel 2 **dentro de los primeros 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud**.**

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos **proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las primeras 24** horas posteriores a recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

Para apelaciones estándares:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de la cobertura que solicita,** debemos **proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las primeras 72** horas posteriores a recibir la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolsarle** el costo de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los primeros 30 días calendario** posteriores a recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si la organización de revisión independiente rechaza parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (A esto se le llama **confirmar la decisión**. También se le llama **rechazar su apelación**.) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le comunica su derecho a una apelación en el Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando cumple con un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea avanzar con el proceso de apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación luego del Nivel 2 (de un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea avanzar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso escrito que recibió luego de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encargará de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 explica el proceso de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una admisión hospitalaria más larga si considera que está recibiendo el alta demasiado pronto

Cuando lo admiten en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su admisión hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que salga del hospital. Ayudarán a coordinar la atención que puede necesitar después de salir.

- El día que sale del hospital se llama su **fecha de alta**.
- Cuando se decida la fecha de su alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una admisión hospitalaria más prolongada y su solicitud se tendrá en cuenta.

Sección 8.1 Durante su admisión hospitalaria, usted recibirá un aviso escrito de Medicare que explica sus derechos

Dentro de los primeros 2 días calendario de haber sido admitido en el hospital, se le dará un aviso escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas con Medicare recibirán una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. Le informa:

- Su derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su admisión hospitalaria, según lo indicado por su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquiera de las decisiones sobre su admisión hospitalaria.
- Dónde comunicar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta si considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de pedir que se retrase su fecha de alta para que cubramos la atención en el hospital por más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que usted lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le solicitará a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar el aviso *solo* muestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le indica la fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que usted está aceptando una fecha de alta.

3. Conserve su copia del aviso, ya que así tendrá 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 2 días calendario antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada del alta.
- Para ver una copia de este aviso de antemano, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Para pedirnos que cubramos sus servicios de hospitalización por más tiempo, use el proceso de apelaciones para hacer la solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que tiene que hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para recibir ayuda personalizada: Delaware Medicare Assistance Bureau (Oficina de Asistencia de Medicare de Delaware), 1-800-336-9500. Department of Insurance, 1351 West North Street, Suite 101, Dover, DE 19904. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y demás profesionales de la salud a quienes el gobierno federal paga para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para realizar su apelación, usted debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de salir del hospital y **no más tarde que la medianoche del día del alta.**
    - **Si usted cumple con este plazo,** podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por esto* mientras espera recibir la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
    - **Si no cumple con este plazo, llámenos.** Si decide permanecer en el hospital después de su fecha prevista de alta, *es posible que deba pagar todos los gastos* de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente de dicho contacto, le daremos un **aviso detallado del alta**. Este aviso indica su fecha programada de alta y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (y médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.
- Puede recibir una muestra del **aviso detallado del alta** llamando a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O usted puede ver un aviso de ejemplo en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales médicos de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura de sus servicios. No necesita preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

- Los revisores también repasarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso escrito con la fecha programada del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (y médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad responderá a su apelación.

¿Qué sucede si aceptan la apelación?

- Si la organización de revisión independiente *acepta*, **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos de hospitalización** siempre y cuando estos servicios sean **médicamente necesarios**.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si rechazan la apelación?

- Si la organización de revisión *rechaza* la apelación, están diciendo que la fecha prevista de alta es médicamente correcta. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios de hospitalización terminará** al mediodía del día **siguiente** al que la Organización para la Mejora de la Calidad responda a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente *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 siguiente en que la Organización para la Mejora de la Calidad responda a su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechaza* su apelación, *y* usted se queda en el hospital después de la fecha programada del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa pasar al **Nivel 2** del proceso de apelación.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la

Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha prevista de alta.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los primeros 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si permanece en el hospital después de la fecha en que la cobertura de la atención finalice.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores en la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión independiente acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos por la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando la cobertura de la atención hospitalaria siempre y cuando sea médicamente necesaria.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos y puede haber limitaciones sobre la cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que recibirá le explicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si su solicitud es rechazada, tendrá que decidir si quiere llevar su apelación al Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación luego del Nivel 2 (de un total de 5 niveles de apelación). Si desea avanzar a una apelación de Nivel 3, la información

sobre cómo hacerlo está en el aviso escrito que recibió luego de la decisión de su apelación de Nivel 2.

- Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encargará de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando está recibiendo servicios cubiertos de **atención domiciliaria, atención en un establecimiento de enfermería o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a continuar recibiendo los servicios para ese tipo de atención siempre que sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de estos 3 tipos de atención que recibe, tenemos la obligación de informarle con anticipación. Cuando la cobertura para esa atención finalice, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.1 Le informaremos con anticipación cuándo se termina su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida.** Solicitar una apelación por la vía rápida es una manera formal y legal de pedir que cambiemos nuestra decisión de cobertura sobre cuándo detener su atención.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que su plan detenga su atención. El aviso le indicará lo siguiente:
   - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación por vía rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante más tiempo.
2. **Se le solicitará a usted o a alguien que actúe en su nombre que firmen el aviso escrito para mostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que recibió la

información sobre cuándo se detendrá su cobertura. **Firmar no significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de detener la atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por un período más largo

Si desea que cubramos su atención por un período más largo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que tiene que hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para recibir ayuda personalizada. Delaware Medicare Assistance Bureau (Oficina de Asistencia de Medicare de Delaware), 1-800-336-9500. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha en que finaliza su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal paga para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de detener la cobertura de ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Haga su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y pida una apelación por vía rápida. Usted debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.)

Actúe con rapidez:

- Debe contactar a la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** en el *Aviso de no cobertura de Medicare.*

- Si no cumple con este plazo y quiere presentar una apelación, sigue teniendo derechos de apelación. Contacte a la Organización para la Mejora de la Calidad a

través de la información de contacto que está en el Aviso de no cobertura de Medicare. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de la no cobertura. Aviso que brinda detalles de los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales médicos de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué consideran que debería continuar la cobertura de sus servicios. No necesita preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les dé.
- Al final del día en que los revisores le informen sobre su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* de nuestra parte que explica en detalle nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En el plazo de un día completo luego de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan la apelación?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces debemos seguir brindándole el **servicio cubierto siempre y cuando sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones sobre sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan la apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos.**
- Si decide seguir recibiendo los servicios de cuidado médico domiciliario, la atención en un establecimiento de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que su cobertura finaliza, **deberá pagar el costo total** de esta atención por su cuenta.

Paso 4: Si rechazan su apelación del Nivel 1, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo la atención después de que la cobertura haya finalizado, usted puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su cuidado médico domiciliario, la atención en un establecimiento de enfermería especializada, o los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los primeros 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Usted podría solicitar esta revisión únicamente si continuó recibiendo atención después de la fecha en que la cobertura de la atención terminó.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores en la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a recibir su solicitud, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta la apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. **Debemos continuar brindando la cobertura** de la atención siempre y cuando sea médicamente necesaria.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y puede haber limitaciones sobre la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su solicitud?

- Significa que están acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.

- El aviso que recibirá le explicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará información sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si rechazan su solicitud, tendrá que decidir si quiere llevar su apelación a otro nivel.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (lo que da un total de 5 niveles de apelación). Si desea avanzar a una apelación de Nivel 3, la información sobre cómo hacerlo está en el aviso escrito que recibió luego de la decisión de su apelación de Nivel 2.

- Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador se encargarán de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo habla en detalle sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 10.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada si usted presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o del servicio médico para el que ha presentado la apelación cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá seguir apelando. La respuesta escrita que recibe sobre su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones con respecto a apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan de la misma manera que los 2 primeros niveles. A continuación, se indica quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de derecho administrativo o abogado adjudicador** que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelación *podrá* o *no* terminar.** A diferencia de una decisión de una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.

- Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindar la atención médica dentro de los primeros 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con la documentación adjunta que corresponda. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en conflicto.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelación *podrá* o *no* terminar.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá lo que debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones es parte del gobierno federal.

- **Si aceptan su apelación, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para revisar la decisión favorable de la apelación de Nivel 3, el proceso de la apelación *podrá* o *no* terminar.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que es favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión y la llevamos al Nivel 5.
  - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o brindar la atención médica dentro de los primeros 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.

- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la revisión de la solicitud, el proceso de apelaciones *puede* o *no* finalizar.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
  - 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, el aviso que recibirá le dirá si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y los pasos que debe seguir.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta respuesta es definitiva. No hay más niveles de apelación posteriores al tribunal federal de distrito.

Sección 10.2 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada si usted ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento para el que ha presentado la apelación cumple con cierto monto en dólares, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no podrá continuar apelando. La respuesta por escrito que recibe sobre su apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones con respecto a apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan de la misma manera que los 2 primeros niveles. A continuación, se indica quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de derecho administrativo o abogado adjudicador** que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a recibir la decisión.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelación *podrá* o *no* terminar.**
    - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá lo que debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la revisión de la solicitud, el proceso de apelaciones *puede* o *no* finalizar.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones se dará por concluido.
    - Si usted no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le dirá si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y los pasos que debe seguir.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta respuesta es definitiva. No hay más niveles de apelación posteriores al tribunal federal de distrito.

Cómo presentar quejas

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan mediante 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 algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas	• ¿Alguien lo trató de forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está conforme con nuestros Servicios al Miembro? • ¿Siente que lo están alentando a que deje el plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una consulta o debe esperar demasiado tiempo para obtenerla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado tiempo? ¿O nuestros Servicios al Miembro o el personal del plan? o Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o de examinación o para obtener una receta médica.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la *puntualidad* de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si ya solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Esto son algunos ejemplos: • Nos solicitó una *decisión rápida de cobertura* o una *apelación rápida* y nosotros la rechazamos; usted puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o las apelaciones; usted puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; usted puede presentar una queja. • Considera que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; usted puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

A una **queja** también se le llama **queja formal**.

Hacer una queja también se conoce como **presentar una queja formal**.

Usar el proceso de quejas también se conoce como **usar el proceso para presentar una queja formal.**

Una **queja rápida** se llama **queja formal acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros inmediatamente, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Llamar a Servicios al Miembro al 1-833-467-3302 (711 para TTY) normalmente es el primer paso.** Si hay alguna otra cosa que necesite hacer, Servicios al Miembro se lo dirá.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.

- No hay plazo para presentar una queja formal, para presentar una queja interna, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302 (TTY 711)**. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D, debe presentarla dentro de los primeros 60 días calendario después de haber tenido el problema por el que desea presentar la queja.
    - **Si hay algo más que deba hacer, Servicios al Miembro se lo informará.**
    - **También puede escribir su queja y enviárnosla. Si usted presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.**
- Incluya la siguiente información en su queja:
    - Su nombre y dirección.
    - Su número de identificación de miembro (puede encontrar este número en su tarjeta de ID de miembro).
    - La naturaleza de su queja
    - Cualquier información adicional, como las fechas, las horas, las personas y los lugares en cuestión.
- Una vez completada, envíe su información a:

  AmeriHealth Caritas VIP Care Choice
  Attn: Customer Experience, Grievances, and Complaints
  P.O. Box 7140
  London, KY 40742-7140

Si es posible, le contestaremos inmediatamente. Si usted nos llama con una queja, es posible que podamos responderle en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud nos exige que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas dentro de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora lo beneficia, o si usted solicita más tiempo, podemos tomar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Le diremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de las 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o apelar, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de las 24 horas.
- **Tanto si llama por teléfono como si escribe, debe ponerse en contacto con Servicios al Miembro al 1-833-467-3302 (711 para TTY) de inmediato.** Puede

presentar la queja en cualquier momento a partir de la fecha en que se produjo el problema sobre el que desea quejarse.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema por el cual quiere presentarla.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le contestaremos inmediatamente.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos responderle en 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 lo beneficia, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si está presentando una queja porque le negaron su solicitud de una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las primeras 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja, o no asumimos la responsabilidad del problema por el que está presentando la queja, se lo informaremos.

Sección 11.3 También puede presentar quejas por la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja es por la *calidad de la atención*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la salud a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 incluye la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo**.

Sección 11.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Usted puede presentar una queja sobre AmeriHealth Caritas VIP Care Choice directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Problemas con sus beneficios de Medicaid

SECCIÓN 12 Cómo manejar sus problemas con los beneficios de Medicaid

Para presentar una apelación o queja formal, o presentar una queja sobre su proveedor de Medicaid, o sus beneficios de Medicaid, o los servicios puede escribir a la dirección siguiente o llamar a la División de Medicaid y Asistencia Médica (DMMA) al 1-302-255-9500.

DHSS Herman Holloway Campus, Lewis Building
1901 N. Dupont Highway
New Castle, Delaware 19720

CAPÍTULO 10:
Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en AmeriHealth Caritas VIP Care Choice puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (usted no lo decide):

- Podría dejar nuestro plan porque decide que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay determinadas situaciones en las que se nos exige que cancelemos su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si va a dejar nuestro plan, debemos continuar brindándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía porque tiene Medicare o Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Como usted tiene Medicaid, puede terminar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare durante cualquier mes del año:

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona su Medicare y la mayor parte o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Nota: Si se desafilia de la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y se queda sin cobertura de medicamentos acreditable por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si recibe Ayuda Adicional, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no recibir una inscripción automática.

- Llame a la oficina de Medicaid de su estado al 1-302-255-9500 o al 1-800-372-2022 para conocer sus opciones del plan de Medicaid.
- Durante el **período de inscripción abierta**, hay otras opciones de planes de salud de Medicare. La Sección 2.2 explica más sobre el período de inscripción abierta.
- **Su membresía generalmente terminará el primer día del mes posterior a recibir su solicitud para cambiar su plan.** Su inscripción en el nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía durante el **período de inscripción abierta** todos los años. Durante este momento, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el año siguiente.

- El **período de inscripción abierta** es desde el **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Opte por mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el año próximo.** Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir entre cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
    - Otro plan médico de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
    - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
    - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
    - Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona su Medicare y la mayor parte o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

Nota: Si se desafilia de la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y se queda sin cobertura de medicamentos acreditable durante 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan terminará** cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1. ° de enero.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede realizar *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1. ° de enero al 31 de marzo y también para los beneficiarios nuevos de Medicare que están inscritos en un plan de MA, a partir del mes en que es elegible para la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de su elegibilidad.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, puede hacer lo siguiente:
    - Cambiar a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
    - Cancelar la membresía de nuestro plan y obtener cobertura por medio de Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes después de haberse inscrito en un plan de Medicare Advantage diferente o de que recibimos su pedido de cambiarse a Original Medicare. Si también opta por inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su pedido de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede cancelar su membresía durante un período de inscripción especial

En determinadas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía durante otros momentos del año. A esto se lo conoce como **período de inscripción especial.**

Es posible que cumpla con los requisitos para dar por finalizada su membresía durante un período de inscripción especial si le corresponde alguna de estas situaciones. Estos son solo ejemplos. Para ver la lista completa, puede contactar a nuestro plan, llamar a Medicare o visitar Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda
- Si tiene Medicaid
- Si es elegible para la Ayuda Adicional al pagar por su cobertura de medicamentos de Medicare
- Si violamos nuestro contrato con usted

- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo (LTC)
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE)
- **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que solo sea elegible para ciertos períodos de inscripción especiales. El Capítulo 5, Sección 10, le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 explica más sobre el período de inscripción especial para quienes tienen Medicaid.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud Medicare como su cobertura de medicamentos. Usted puede elegir:

- Otro plan médico de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona su Medicare y la mayor parte o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Nota: Si se desafilia de la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y se queda sin cobertura de medicamentos acreditable durante 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de la cobertura: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no inscribirse automáticamente.

Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de que solicita cambiar su plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 explican más sobre el período de inscripción especial para aquellos con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios al Miembro al 1-833-467-3302 (711 para TTY)**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare y Usted*** 2027
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (1-877-486-2048 para usuarios de TTY)

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

El siguiente cuadro explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan médico de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan médico de Medicare. • Se le dará de baja automáticamente en AmeriHealth Caritas VIP Care Choice cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se le dará de baja automáticamente en AmeriHealth Caritas VIP Care Choice cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare	• **Envíenos una solicitud de desafiliación por escrito.** Llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) si necesita más información sobre cómo hacer esto. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que lo desafilien. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Será desafiliado de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si se desafilia de la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y se queda sin cobertura de medicamentos acreditable durante 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de Medicaid, llame a la División de Medicaid y Asistencia Médica (DMMA) al 1-302-255-9500 o al 1-800-372-2022 (TTY 711), de lunes a viernes,

de 8 a. m. a 4:30 p. m. Pregunte cómo afecta a su cobertura de Medicaid el hecho de afiliarse a otro plan o volver a Medicare Original.

SECCIÓN 4 Debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos mediante nuestro plan hasta que su membresía termine

Hasta que su membresía finalice, y su nueva cobertura de Medicare comience, deberá continuar recibiendo sus artículos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando nuestras farmacias de la red o pedidos por correo para poder seguir surtiendo sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que su membresía termina, generalmente nuestro plan cubrirá su admisión hospitalaria hasta el momento del alta** (incluso si recibe el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 AmeriHealth Caritas VIP Care Choice debe finalizar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones

AmeriHealth Caritas VIP Care Choice debe cancelar su membresía en nuestro plan si sucede alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indicó en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Si usted pierde su elegibilidad para Medicaid, el plan lo considerará elegible durante los seis meses siguientes al mes en que nos notificaron la pérdida de su elegibilidad. Le notificaremos por carta y un administrador de atención o un representante de Servicios al Miembro podrá brindarle ayuda para recertificar su elegibilidad para Medicaid. Si usted permanece en nuestro plan durante los 6 meses que se consideran para la elegibilidad continua, seguiremos brindando todos los beneficios cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que se incluyen bajo el Plan Estatal de Medicaid, ni pagaremos las primas de Medicare o los costos compartidos de los que, de otro modo, el estado sería responsable si usted no hubiese perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que usted paga por los servicios cubiertos de Medicare puede aumentar durante este período. Si su Medicaid no se renueva, usted será desafiliado el primer mes luego del período estimado de seis meses.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.

- Si está lejos de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
    - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY) para averiguar si el lugar adonde se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si es encarcelado (si va a prisión).
- Si deja de ser ciudadano de los Estados Unidos, persona con nacionalidad estadounidense o no ciudadano que reúne los requisitos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga y que ofrece cobertura de medicamentos.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se está inscribiendo en nuestro plan y la información afecta a su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por este motivo, a menos que antes obtengamos el permiso de Medicare.)
- Si continuamente se comporta de mala manera y hace que nos resulte difícil brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. No podemos hacer que deje nuestro plan por este motivo, a menos que antes obtengamos el permiso de Medicare.
- Si permite que alguien más utilice su tarjeta de miembro para recibir atención médica. (No podemos hacer que deje nuestro plan por este motivo, a menos que antes obtengamos el permiso de Medicare.)
    - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el inspector general investigue su caso.

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud

AmeriHealth Caritas VIP Care Choice no tiene permitido solicitarle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si siente que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos explicarle por escrito los motivos de la cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

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 de Seguro Social y las normativas creadas bajo la Ley de Seguro Social por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes estatales correspondientes a donde vive. Es posible que esto afecte a sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso contra la discriminación

No discriminamos a las personas por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Motivos de Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiación federal y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el 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 local de Derechos Civiles. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para recibir atención, llame a Servicios al Miembro al **1-833-467-3302** (**711** para TTY). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios al Miembro podrá brindarle ayuda.

AmeriHealth Caritas VIP Care Choice cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. AmeriHealth Caritas VIP Care Choice no excluye a las personas ni las trata de modo diferente por su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

AmeriHealth Caritas VIP Care Choice:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como:
- Intérpretes calificados en lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos de acceso electrónico, otros formatos)
- Brinda servicios lingüísticos sin cargo a personas cuyo idioma materno no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice al **1-833-467-3302 (TTY 711)**. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., del 1. º de abril al 30 de septiembre; o los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., del 1. º de octubre al 31 de marzo.

Si cree que AmeriHealth Caritas VIP Care Choice no ha provisto estos servicios o lo ha discriminado de otra manera en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Correo postal: AmeriHealth Caritas VIP Care Choice Grievances Department
Attn: Customer Experience, Grievances, and Complaints
P.O. Box 7140
London, KY 40742-7140

Teléfono: **1-833-467-3302 (TTY 711)**
Fax: **1-888-812-1696**

Puede presentar una queja formal por correo postal, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja relacionada con los 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 sobre 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
Office for Civil Rights Centralized Case Management Operations
200 Independence Avenue, SW Suite 509F, HHH
Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697)

Fax: 1-202-619-3818
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Los formularios de quejas están disponibles en: https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Según las normativas de los CMS en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), AmeriHealth Caritas VIP Care Choice como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de cobro que ejerce la Secretaría según las normativas de los CMS desde la subparte B hasta la D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre las leyes estatales.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que trabaja exclusivamente con el objetivo de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a los pacientes que no requieren hospitalización y cuya admisión en el centro médico no debería exceder las 24 horas.

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud para cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pago por los servicios o medicamentos que usted ya haya recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente un monto mayor al costo compartido de nuestro plan. Como miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice, usted solo tiene que pagar los montos de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por el plan. No permitimos que los proveedores **facturen el saldo** o que de otro modo le cobren más del monto del costo compartido que el plan dice que usted debe pagar.

Período de beneficios: la manera en que Original Medicare determina su uso del hospital y de los servicios del establecimiento de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que va a un hospital o establecimiento de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando usted no ha recibido ninguna atención hospitalaria como paciente internado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted ingresa a un hospital o establecimiento de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comienza un nuevo período de beneficios. No existe ningún límite para el número de períodos de beneficios.

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

Biosimilar: un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y efectivos como el producto biológico original.

Algunos biosimilares se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin la necesidad de una receta nueva (consulte **"Biosimilar intercambiable"**).

Medicamento de marca: un medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principios activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, otros fabricantes de medicamentos fabrican y venden los medicamentos genéricos y generalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Plan de atención: un plan para los servicios que recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).

Equipo de atención: un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeras, terapeutas u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayuda a elaborar un plan de atención.

Etapa de cobertura catastrófica: la etapa del beneficio para medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) haya gastado $2,400 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Plan de necesidades especiales para atención crónica (C-SNP): la inscripción a los C-SNP está restringida y solo es para las personas elegibles de MA que tengan enfermedades crónicas y graves específicas.

Coseguro: un monto que puede tener la obligación de pagar, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar su deducible.

Queja: la manera formal de decir "hacer una queja" es **presentar una queja formal**. El proceso de quejas 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 usted recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los plazos del proceso de apelaciones.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro médico que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluye fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia

ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del ambiente en el hogar.

Copago: un monto que puede tener la obligación de pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Costos compartidos: los costos compartidos son los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan para cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico, o (3) cualquier coaseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Nivel de costos compartidos: cada medicamento en la Lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento para usted.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si el plan cubre un medicamento que le recetaron y el monto, si existe, que usted tiene la obligación de pagar por la receta médica. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y le dicen que la receta no está cubierta por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribirle a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. A las determinaciones de cobertura se las llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para abarcar a todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los servicios médicos y suministros cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta: la cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de Medicare para los medicamentos con receta. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin tener que pagar una multa si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención que se brinda en un hogar de ancianos, centro para enfermos terminales u otro centro médico cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas sin habilidades o capacitación profesional, incluye ayuda con las

actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan ellas mismas, como utilizar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Tasa diaria de costos compartidos: una tasa diaria de costos compartidos puede aplicarse cuando su médico le escribe una receta para un suministro por menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted está obligado a realizar un copago. Una tasa diaria de costos compartidos es el copago dividido por el número de días de suministro en un mes. Este es un ejemplo: Si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de $30, y un suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, entonces su tasa diaria de costos compartidos es de $1 por día.

Deducible: el monto que debe pagar por la atención médica o recetas médicas antes de que nuestro plan pague.

Desafiliar o **desafiliación**: el proceso de terminar su membresía en nuestro plan.

Tarifa de suministro: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo para preparar de un farmacéutico y empaquetar el medicamento bajo receta.

Planes de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho a recibir tanto Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguro Social) y Asistencia Médica de un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX). El estado cubre algunos o todos los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico que su médico ordena por motivos médicos. Por ejemplo, andadoras, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y si está embarazada, la pérdida del embarazo), la pérdida de una extremidad o 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 una afección que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: (1) son brindados por un proveedor habilitado para ofrecer servicios de emergencia, y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro adjunto, cláusula u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, de aprobarse, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario) u obtener un medicamento no preferido en un nivel inferior de costos compartidos (una excepción al nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de los criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción del formulario).

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

Medicamento genérico: un medicamento con receta aprobado por la FDA porque contiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos.

Queja formal: un tipo de queja que presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida la queja que se refiere a la calidad de su atención. Esto no implica disputas de cobertura o pago.

Evaluación de riesgos para la salud: una revisión de su historial médico y afección actual. Se utiliza para conocer su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Auxiliar de salud a domicilio: una persona que ofrece servicios que no requieren las habilidades de un enfermero certificado o un terapeuta, como prestar ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o hacer los ejercicios indicados).

Centro para enfermos terminales: un beneficio que brinda 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. Nuestro plan debe brindarle una lista de centros de atención para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige un centro de atención para enfermos terminales y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Usted todavía puede recibir todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Internación en hospital: una admisión hospitalaria cuando haya sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es probable que aún se lo considere un paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. 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 pagará una prima más alta.

Etapa inicial de cobertura: esta es la etapa antes de que sus gastos de bolsillo para el año hayan alcanzado el monto del umbral de gastos de bolsillo.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período en que puede inscribirse en la Parte A y Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple los 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumpla los 65 años, incluye el mes en que cumple los 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple los 65 años.

D-SNP integrado: un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un único plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se denominan personas con doble elegibilidad para beneficios completos.

Plan de necesidades especiales institucionales (I-SNP): los I-SNP limitan la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero que necesitan el nivel de atención que un centro ofrece, o que viven (y se espera que vivan) por lo menos 90 días seguidos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP con equivalencia institucional (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales en centros (FI-SNP).

Plan de necesidades especiales con equivalencia institucional (IE-SNP): un IE-SNP limita la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que un centro ofrece.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que se puede usar como sustituto para un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, ya que cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial para la sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

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

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte Ayuda Adicional.

Programa de descuentos del fabricante: un programa bajo el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y biológicos de la Parte D cubiertos. Los descuentos se basan en contratos entre el gobierno federal y los fabricantes de los medicamentos.

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Monto máximo de gastos de bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos. Los montos que usted paga por las primas de Medicare Parte A y Parte B y los medicamentos bajo receta no se incluyen en el monto máximo de gastos de bolsillo. Si es elegible para la ayuda de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que contribuya al límite de los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan alguna vez este gasto máximo de bolsillo.)

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Si bien los programas estatales de Medicaid varían, la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación aceptada médicamente: el uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por cierta literatura médica, como la información de medicamentos del American Hospital Formulary Service y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Médicamente necesario: servicios, insumos o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

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

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un período fijo del 1. ° de enero al 31 de marzo en que los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su membresía en el plan y cambiarse a otro plan de 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 separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses a partir de que una persona pasa a ser elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contratos con Medicare para prestarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan de Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un plan privado de tarifa por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos bajo receta). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta.**

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos de Medicare no incluye los beneficios adicionales, como de la vista, odontológico o de audición, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Plan médico de Medicare: un plan médico de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para prestar los beneficios de la Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, planes de necesidades especiales, programas de demostración/piloto y el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos insumos no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Programa de administración de terapia farmacológica (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades médicas complejas brindado a las personas que cumplen con ciertos requisitos o están en el programa de administración de medicamentos. Los servicios del MTM por lo general incluyen una charla con un farmacéutico o proveedor médico para revisar los medicamentos.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir *períodos de interrupción de cobertura* en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios al Miembro: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

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

Proveedor de la red: proveedor es el término general para referirse a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros médicos que están habilitados o certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios médicos. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, coordinar y brindar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Período de inscripción abierta: el período desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año en que los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos a Original Medicare.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos, o cuánto usted tiene que pagar por ellos. A las determinaciones de la organización se las llaman decisiones de cobertura en este documento.

Producto biológico original: un producto biológico aprobado por la FDA y que sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare ("Medicare tradicional" o Medicare con "tarifa por servicio"): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por un plan médico privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos bajo receta. Bajo Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago a médicos, hospitales y a otros proveedores médicos de los montos establecidos por el Congreso. Puede ver a cualquier médico, hospital u otro proveedor médico que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene 2 partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proveer 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.

Proveedor fuera de la red o centro médico fuera de la red: un proveedor o centro médico con el que no tenemos un contrato para coordinar u ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son aquellos que no son empleados, ni son propiedad de nuestro plan, ni están operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición anterior de costos compartidos. El requisito de participación en los costos compartidos de un miembro mediante el pago de una parte de los servicios o medicamentos que recibió también se conoce como el requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Umbral de gastos de bolsillo: el monto máximo que paga como gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas Mayores) combina los servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (LTSS) para ayudar a personas frágiles a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de trasladarse a un hogar de ancianos) durante el tiempo que sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

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

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual del plan para la cobertura de medicamentos de Medicare si se queda sin cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que usted fue elegible por primera vez para inscribirse en un plan Parte D. Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa un período de 63 días consecutivos o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o un plan médico por la cobertura médica o de medicamentos bajo receta.

Servicios preventivos: servicios de atención médica que le ayudan a mantenerse sano, a detectar problemas de salud de forma temprana, a determinar los tratamientos más eficaces y a prevenir algunas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, análisis de laboratorio y pruebas de detección. También incluyen programas de seguimiento de la salud, así como asesoramiento y formación para ayudarle a cuidar de su propia salud.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor de la red a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes médicos de

Medicare, usted debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor médico.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos con base en criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales, y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna del cuerpo o su función, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la salud a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden estar en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un período definido.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o una aplicación informática en la cual los miembros pueden buscar información completa, oportuna, clínicamente apropiada, específica para ellos y relacionada con el formulario y los beneficios. Esto incluye los montos de los costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para la misma afección que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Derivación: una orden escrita de parte de su médico de atención primaria para que visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen cuidados de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto bajo la Parte D para el que Medicare negoció un precio justo máximo.

Área de servicio: un área geográfica en la que debe vivir para unirse a un plan médico en particular. Los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente se refieren al área donde usted puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Nuestro

plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y de rehabilitación en forma continua, diaria, en un establecimiento de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden administrar un médico o una enfermera registrada.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan de Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada en grupos específicos de personas, como las que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o que tienen ciertas enfermedades crónicas.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que su médico puede haberle recetado inicialmente.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas, o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de necesidad urgente: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de necesidad urgente si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o no es razonable recibir este servicio de los proveedores de la red debido al tiempo, el lugar y las circunstancias. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y las lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de dolencias existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de necesidad urgente incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no se encuentra disponible temporalmente.

Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice

Método	Información de contacto de Servicios al Miembro
Teléfono	**1-833-467-3302** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1. º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1. º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Servicios al Miembro **1-833-467-3302** (**711** para TTY) también cuenta con servicios de interpretación de idiomas para las personas que no hablen inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1. º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1. º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
Fax	**1-888-812-1696**
Correo postal	AmeriHealth Caritas VIP Care Choice Member Services P.O. Box 7108 London, KY 40742-7108
Sitio web	www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice

Delaware Medicare Assistance Bureau (Oficina de Asistencia de Medicare de Delaware) (SHIP de Delaware)

La Oficina de Asistencia de Medicare de Delaware (SHIP de Delaware) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
Teléfono	1-302-674-7364 o 1-800-336-9500 de lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.
Correo postal	Department of Insurance 1351 West North Street, Suite 101 Dover, DE 19904
Sitio web	www.insurance.delaware.gov/DMAB

Declaración de divulgación de la PRA. *De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número*

de control válido de OMB. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a esta dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850