

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Para obtener más información sobre este documento, comuníquese con Servicios para los miembros de AvMed al (800)782-863. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 9 a.m. a 1 p.m.

Este plan, AvMed Medicare Premium Saver, es ofrecido por AvMed, Inc. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa AvMed, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa AvMed Medicare Premium Saver).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Este documento puede estar disponible en otros formatos como braille, letra grande u otros formatos alternativos.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los participantes afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

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

- La prima del plan y los costos compartidos;
- Los beneficios médicos y para medicamentos con receta;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más asistencia, y
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H1016_CE551-082022_C

MEDPRF-1164(08/22)

Aprobación OMB 0938-1051 (Vencimiento: 29 febrero 2024)

Evidencia de cobertura de 2023

Índice

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	7
SECCIÓN 3 Documentación importante de la membresía que recibirá	8
SECCIÓN 4 Los costos mensuales de AvMed Medicare Premium Saver	10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	13
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan	15
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	16
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	18
SECCIÓN 1 Contactos de AvMed Medicare Premium Saver (Cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros de AvMed en el plan)	19
SECCIÓN 2 Medicare (Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare.)	22
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (Ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	24
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad	25
SECCIÓN 5 Seguro Social	26
SECCIÓN 6 Medicaid	27
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	28
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios	30
SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?	30
CAPÍTULO 3: <i>Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos</i>	31
SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	32
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica	34
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	38

Índice

SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le factura directamente por el costo total de sus servicios? 40
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”? 41
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica” 43
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero..... 44

CAPÍTULO 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.....46

SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 47
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar..... 49
Delta Dental	Sección 1 Introducción..... 92
Delta Dental	ANEXO A Descripción de beneficios dentales y copagos 95
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 112

CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D*.....116

SECCIÓN 1	Introducción 117
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 117
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan 121
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 123
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?..... 125
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?..... 128
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan? 130
SECCIÓN 8	Obtener un medicamento con receta 132
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 132
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 134

CAPÍTULO 6: *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*.....137

SECCIÓN 1	Introducción 138
-----------	------------------------

SECCIÓN 2	El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento	141
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra.....	143
SECCIÓN 4	No hay deducible para AvMed Medicare Premium Saver.....	144
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.....	145
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa del período sin cobertura	151
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos	152
SECCIÓN 8	Información de beneficios adicionales.....	152
SECCIÓN 9	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene.....	152
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>		155
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos	156
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	158
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	159
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>		160
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan.....	161
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	167
CAPÍTULO 9: <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>		169
SECCIÓN 1	Introducción	170
Sección 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	171
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	171
SECCIÓN 4	Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 172	
SECCIÓN 5	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	175

SECCIÓN 6	Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	183
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto	194
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.	201
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	208
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	211
CAPÍTULO 10: <i>Cancelación de su membresía en el plan</i>		213
SECCIÓN 1	Introducción a cancelar su membresía en nuestro plan.....	215
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	215
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	217
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	218
SECCIÓN 5	AvMed Medicare Premium Saver, debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	219
CAPÍTULO 11: <i>Avisos legales</i>		221
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes	222
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	222
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	222
CAPÍTULO 12: <i>Definiciones de palabras importantes</i>		223

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en AvMed Medicare Premium Saver, que es un plan HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, AvMed Medicare Premium Saver. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan son diferentes de Original Medicare.

AvMed Medicare Premium Saver es un plan HMO de Medicare Advantage (significa Organización de mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

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

Este documento de *Evidencia de cobertura* le indica cómo obtener la atención médica y los medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención, los servicios médicos y los medicamentos con receta a su disposición como miembro de AvMed Medicare Premium Saver.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este documento *sobre la Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros de AvMed.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo AvMed Medicare Premium Saver cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de

inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en AvMed Medicare Premium Saver entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de AvMed Medicare Premium Saver, después del 31 de diciembre de 2023. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar AvMed Medicare Premium Saver cada año. Cada año puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare
- -- y -- viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe nuestra área de servicio)
- -- y -- sea ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Aquí está el área de servicio del plan para AvMed Medicare Premium Saver

AvMed Medicare Premium Saver está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye este condado en Florida: Broward.

Si tiene previsto mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los miembros de AvMed para ver si tenemos un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a AvMed Medicare Premium Saver si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. AvMed Medicare Premium Saver, debe desinscribirlo si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Documentación importante de la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de AvMed Medicare Premium Saver, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio, o si participa en estudios de investigación de rutina aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros de AvMed y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 El Directorio de proveedores y farmacias

El Directorio de *proveedores y farmacias* enumera los proveedores de nuestra red y le sirve de guía para saber cuáles son las farmacias de nuestra red. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. Para obtener información sobre cuándo puede usar las farmacias que no están en la red del plan, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

Debe usar los proveedores de la red para obtener la atención y los servicios médicos. Si va a otro lugar sin la autorización adecuada, tendrá que pagar por completo. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o posible obtener servicios de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que AvMed Medicare Premium Saver autorice el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.avmed.org.

El Directorio de *proveedores y farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene su copia del Directorio de *proveedores y farmacias*, puede solicitar una a través de Servicios para los miembros de AvMed. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.avmed.org.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en AvMed Medicare Premium Saver. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de AvMed Medicare Premium Saver.

La Lista de medicamentos también le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.avmed.org) o llamar a Servicios para los miembros de AvMed.

SECCIÓN 4 Los costos mensuales de AvMed Medicare Premium Saver

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan independiente para AvMed Medicare Premium Saver.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare

Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Reducción de la prima de la Parte B de Medicare

Como usted sabe, su prima de la Parte B de Medicare se deduce automáticamente de su cheque mensual del Seguro Social. Mientras esté inscrito en este plan, AvMed pagará hasta \$125 de su prima de la Parte B de Medicare. Como resultado, su cheque mensual del Seguro Social se incrementará en este monto. Usted no debe hacer ningún trámite para recibir este beneficio. Nosotros lo haremos por usted.

Podrían pasar varios meses antes de la que la Administración del Seguro Social complete el proceso. Esto significa que usted quizás no vea el incremento en su cheque del Seguro Social por varios meses tras la fecha de entrada en vigor de este plan. Cualquier aumento que falte se sumará a su próximo cheque una vez completado el procesamiento.

Tenga en cuenta que, si usted se da de baja de este plan, su beneficio de la prima de la Parte B de Medicare terminará en la fecha en que se da de baja. Como se mencionó anteriormente, podrían pasar varios meses antes de la que la Administración del Seguro Social complete el proceso. Cualquier reducción de la prima que usted reciba después de haberse dado de baja se deducirá de su cheque del Seguro Social.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la

Parte D si en cualquier momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días o más consecutivos en los que no tuvo la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. La “cobertura para medicamentos con receta acreditable” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. Usted tendrá que pagar esta multa durante el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en AvMed Medicare Premium Saver, le informamos el monto de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

Usted **no** tendrá que pagar si:

- Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero por menos de 63 días consecutivos.
- Si usted ya tiene una cobertura acreditable para medicamentos que proporcione un empleador, sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Guarde esta información porque puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta “acreditable” que se preveía que pagaría el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Esta es la manera en que funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable después de que fuera elegible para inscribirse en la Parte D, el plan contará el número de meses completos que no tenía cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tenía una cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2022, este monto promedio de la prima fue de \$32.74. Este monto puede cambiar para 2023.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este

ejemplo, sería 14% multiplicado por \$32.74, que es igual a \$4.58. Esto se redondea a \$4.60. Este monto se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si es menor de 65 y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de la multa por inscripción tardía.

Importante: no deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto está por encima de un monto determinado, usted pagará el monto estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el

monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción al plan y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen diversas formas de pagar la multa
--

Hay tres maneras en que puede pagar la multa.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Usted puede optar por pagar su multa por inscripción tardía mensual directamente a nuestro plan. Si elige esta opción, le enviaremos una factura todos los meses. Usted debe enviar su cheque por la multa por inscripción tardía mensual a:

AvMed, Inc.
PO Box 947363
Atlanta, GA 30394-7363

El pago de la multa por inscripción tardía de AvMed Medicare Premium Saver vence el primer día de cada mes. Puede pagar enviando un cheque a la dirección indicada arriba o pagar personalmente la multa por inscripción tardía en nuestra oficina. Comuníquese con Servicios para los miembros de AvMed al número que figura en la última página de este folleto para conocer la dirección. Los cheques deben hacerse a nombre de AvMed, Inc.

Opción 2: Puede pagar mediante el débito automático de su cuenta bancaria

En vez de pagar con un cheque, puede pedir que la multa por inscripción tardía mensual se debite automáticamente de su cuenta corriente o de ahorro. Los débitos automáticos se realizarán el tercer día de cada mes. Si desea elegir esta opción de pago, comuníquese con Servicios para los miembros de AvMed para obtener más información.

Opción 3: Se le puede descontar la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma en que paga su prima. Si decide cambiar la forma en que paga su prima, puede tardar hasta tres meses en que su nuevo método de pago entre en vigor. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de

que la prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicios para los miembros de AvMed para obtener más información.

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

Su multa por inscripción tardía de la Parte D se debe pagar en nuestra oficina antes de que finalice el mes en el que se debe. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, la multa se debe pagar en nuestra oficina para el final del mes. Si no hemos recibido su pago para el final del mes en que se debe pagar, le enviaremos un aviso en el que se le indicará que la membresía del plan se cancelará si no recibimos la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la debe, en un plazo de 90 días. Si se le exige que pague una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D a tiempo, comuníquese con Servicios para los miembros de AvMed para ver si podemos indicarle programas que lo ayuden con su multa.

Si cancelamos su membresía porque no pagó su multa por inscripción tardía de la Parte D, Original Medicare brindará su cobertura médica. Además, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos “acreditable”, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

Si considera que su membresía fue cancelada por error, puede presentar una queja. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Para las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. La Sección 10 del Capítulo 9 de este documento indica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 1-800-782-8633, entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana; y del 1 de abril al 30 de septiembre de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes, y de 9 a.m. a 1 p.m. los sábados. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

Sección 5.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?
--

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, puede necesitar comenzar a pagar o puede dejar de pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan incluido el proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido.** Es por ello por lo que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga)

Infórmenos sobre cualquier cambio en esta información llamando a Servicios para los miembros de AvMed. Los formularios para cambiar su información en línea también están disponibles en www.avmed.org.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. Esto se **denomina Coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame a Servicios para los miembros de AvMed. Es posible que sus otros aseguradores le soliciten el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador principal dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o el miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico).
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Compensación laboral.

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de AvMed Medicare Premium Saver (Cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los miembros de AvMed en el plan)

Cómo puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros de AvMed

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de AvMed Medicare Premium Saver. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicios para los miembros de AvMed – información de contacto
LLAME AL	1-800-782-8633 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles para asistirlo del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 9 a.m. a 1 p.m. Servicios para los miembros de AvMed también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles para asistirlo del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 9 a.m. a 1 p.m.
FAX	305-671-4736
ESCRIBA A	AvMed, Inc. P.O. Box 569008 Miami, Florida 33256
SITIO WEB	www.avmed.org

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones de su atención médica, o de los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para la atención médica o medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-800-782-8633 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles para asistirlo del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 9 a.m. a 1 p.m.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles para asistirlo del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 9 a.m. a 1 p.m.
FAX	305-671-4736 Para aceptar determinaciones aceleradas de la organización fuera del horario habitual de atención al público, envíe un fax al 1-352-337-8794
ESCRIBA A	AvMed, Inc. P.O. Box 569008 Miami, Florida 33256
SITIO WEB	www.avmed.org

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D

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 está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D – información de contacto
LLAME AL	1-800-782-8633 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles para asistirlo del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 9 a.m. a 1 p.m.

Método	Quejas sobre la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D – información de contacto
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles para asistirlo del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 9 a.m. a 1 p.m.
FAX	305-671-4736 Para aceptar determinaciones aceleradas de la organización fuera del horario habitual de atención al público, envíe un fax al 1-352-337-8794
ESCRIBA A	AvMed, Inc. P.O. Box 569008 Miami, Florida 33256
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre AvMed Medicare Premium Saver directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si ha recibido una factura o pagado por servicios (como una factura del proveedor) que considera que debemos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Solicitudes de pago – información de contacto
LLAME AL	1-800-782-8633 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles para asistirlo del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 9 a.m. a 1 p.m.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles para asistirlo del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 9 a.m. a 1 p.m.
FAX	305-671-4736
ESCRIBA A	AvMed, Inc. P.O. Box 569008 Miami, Florida 33256
SITIO WEB	www.avmed.org

SECCIÓN 2 Medicare (Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare.)

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal 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 (a veces denominados “CMS”). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare – información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Método	Medicare – información de contacto
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare): brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare): brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor <i>estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de AvMed Medicare Premium Saver: • Informe a Medicare sobre su queja: puede presentar una queja sobre AvMed Medicare Premium Saver directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (Ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama programa Department of Elder Affairs “SHINE”.

El programa Department of Elder Affairs “SHINE” es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del programa “SHINE” pueden ayudarlo a entender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del “SHINE” también pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Talk to Someone**” en el medio de la página de inicio.
- Ahora tiene las siguientes opciones:
 - Opción 1: Puede tener un **chat en directo con un representante de 1-800-MEDICARE**.
 - Opción 2: puede elegir su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en GO. Lo llevará a una página que tiene los números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	El Programa Department of Elder Affairs “SHINE” Program (Florida SHIP) - Información de contacto
LLAME AL	1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8770 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Programa Department of Elder Affairs “SHINE” 4040 Esplanade Way Tallahassee, FL 32399-7000 Fax: 850-414-2004 e-mail: information@elderaffairs.org
SITIO WEB	www.floridashine.org

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En Florida, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con KEPRO:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada, cuidados de hospicio o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Florida)
LLAME AL	1-888-317-0751 Días laborables: de 9:00 a 5:00 p.m. Fines de semana y feriados: de 11:00 a 3:00 p.m.
TTY	1-855-843-4776 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	KEPRO 5201 West Kennedy Boulevard, Suite 900 Tampa, Florida 33609-1822 Fax: 1-833-868-4058
SITIO WEB	www.kepro.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Método	Seguro Social – información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid.

Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la Agencia para la Administración de Servicios de Salud de Florida.

Método	Agencia para la Administración de Servicios de Salud de Florida (programa Medicaid de Florida) – información de contacto
LLAME AL	1-888-419-3456
TTY	(800) 955-8771 Servicio de Retransmisión de Florida. Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, Florida 32308
SITIO WEB	www.fdhc.state.fl.us

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

El sitio web de [Medicare.gov](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/cost-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costes) (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/cost-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costes>) proporciona información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas que pueden ayudar, que se describen a continuación.

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si califica automáticamente para la “Ayuda adicional” Medicare le enviará una carta. No tendrá que presentar la solicitud. Si no califica automáticamente puede obtener “Ayuda adicional” para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana,
- A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes), o

- A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo.)

Si cree que reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan tiene un proceso para solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de AvMed para hablar con un representante de nuestros Servicios para los miembros o puede enviar un mensaje seguro a través de nuestro portal seguro para los miembros para solicitar asistencia.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Comuníquese con Servicios para los miembros de AvMed si tiene alguna pregunta.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?

¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta mediante el Florida Department of Health ADAP al 1-850-245-4334 o a <http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/>.

Nota: para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción en ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al Florida Department of Health ADAP al 1-850-245-4334 o a <http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/>.

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

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

Método	Junta de jubilación para ferroviarios – información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?

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

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios del grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

*Cómo utilizar la cobertura del plan
para obtener servicios médicos*

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar.*)

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

- **Los “proveedores”** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los “proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- **Los “servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos para la atención médica figuran en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se discuten en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan

Como un plan de salud de Medicare, AvMed Medicare Premium Saver debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

AvMed Medicare Premium Saver generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando esté relacionada con lo siguiente:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá aprobarlo por adelantado antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una “remisión”. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la autorización previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor por completo por los servicios que le proporcionan. *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red compartiéndolo los mismos costos que normalmente pagaría en la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor del servicio este temporalmente fuera del área de servicio del plan o no accesible. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede superar el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido que paga en la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis en la red no

está disponible temporalmente y usted decide obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde atención médica y la supervise
--

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

Una vez que se convierte en miembro de AvMed Medicare Premium Saver, debe elegir a un proveedor del plan para que sea su PCP. Los médicos de familia, los médicos generales y los geriatras son proveedores que pueden desempeñarse como PCP. Su PCP es un médico que cumple con los requisitos del estado de Florida y está capacitado para brindarle atención médica básica. Como se explica más adelante, su PCP le brindará atención de rutina o básica. Su PCP le brindará la mayor parte de su atención y le ayudará a disponer o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro del plan.

La “coordinación” de sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención. Si necesita servicios o productos cubiertos, deberá obtener la aprobación por adelantado de su PCP, incluso obtener una remisión para ver a un especialista. En algunos casos, su PCP también deberá obtener la aprobación por adelantado de AvMed. Esto se denomina “autorización previa”. Debido a que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debe enviar todos sus registros médicos anteriores a la oficina de su PCP. Para obtener información sobre cómo protegemos la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal consulte el Capítulo 8 (*Sus derechos y responsabilidades*).

¿Cómo elige al PCP?

Puede seleccionar a un PCP del Directorio de *Proveedores y Farmacias* de AvMed Medicare Premium Saver (HMO), a través del sitio web de AvMed en Internet en www.avmed.org o llamando a Servicios para los miembros de AvMed al 1-800-782-8633. Los representantes están disponibles para asistirlo del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 9 a.m. a 1 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Como se explica a continuación, puede cambiar su PCP en cualquier momento. Simplemente llame a Servicios para los miembros de AvMed y comprobaremos que el médico que eligió acepta nuevos pacientes.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un PCP nuevo. Cada PCP puede tener determinados especialistas de la red

que usa para remisiones. En caso de que usted quiera recurrir a determinados especialistas específicos, averigüe si su PCP remite pacientes a estos especialistas.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios para los miembros de AvMed. Cuando llame, asegúrese de informar a los representantes de Servicios para los miembros de AvMed si está viendo especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que necesitaban la aprobación de su PCP (como atención médica a domicilio y equipos médicos duraderos). Servicios para los miembros de AvMed le ayudará a asegurarse de que pueda continuar recibiendo la atención de especialistas y otros servicios que estaba recibiendo cuando cambie de PCP. También verificarán para asegurarse de que el PCP al que usted se quiera cambiar acepte nuevos pacientes. Servicios para los miembros de AvMed cambiará su registro de miembro para que aparezca el nombre de su nuevo PCP y le dirá cuándo entrará en vigor el cambio a su nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene una remisión de su PCP?

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son de emergencia, que se prestan cuando los proveedores de la red no están temporalmente disponibles o no están accesibles o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicios para los miembros de AvMed antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio).
- Servicios quiroprácticos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Servicios dermatológicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red (cobertura de hasta 5 consultas por año).
- Servicios de podiatría, una consulta para cuidado rutinario de los pies cada 60 días sin una remisión, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Su PCP le brindará la mayor parte de su atención y le ayudará a disponer o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro del plan. Cuando su PCP crea que usted necesita tratamiento especializado, lo remitirá para que consulte a un especialista del plan o a otros proveedores determinados. Su PCP creará y enviará la remisión al especialista por vía electrónica. Si su PCP le recomienda consultar a un especialista, siempre confirme que su PCP haya enviado una remisión a un especialista de la red. Además, en caso de que usted quiera recurrir a determinados especialistas específicos, averigüe si su PCP remite pacientes a estos especialistas.

Para algunos tipos de servicios, su PCP deberá obtener la aprobación por adelantado de AvMed (esto se denomina “autorización previa”). Estos incluyen atención de pacientes internados, cirugías ambulatorias, ciertas pruebas de diagnóstico y algunos otros servicios. Algunos de los servicios listados en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 solo se cubren si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra autorización previa. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en cursiva en la Tabla de beneficios médicos.

Los miembros serán remitidos a proveedores de Cuidados Paliativos mediante la utilización de datos de reclamaciones para identificar a los miembros en un determinado conjunto de datos. Los miembros también pueden ser remitidos a Cuidados Paliativos y Hospicio por, incluso, entre otros, Gestores de Casos, Directores Médicos, Médicos de Atención Primaria y cuidadores, y los miembros también pueden remitirse a sí mismos. Los Médicos de Atención Primaria y los proveedores de cuidados paliativos tienen la función de educar a los miembros sobre los cuidados paliativos y de hospicio. La educación sobre la atención concurrente de transición durante la elección del hospicio es personalizada de acuerdo con las necesidades específicas de cada miembro y se coordinará en base a la necesidad para cada miembro. Para los miembros que elijan cuidado de hospicio, AvMed proporcionará un beneficio complementario de 200 horas de Papa Pals para acompañamiento y asistencia con las tareas cotidianas.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja de participar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio compartiéndolo los costos de la red. Todos los servicios fuera de la red requieren autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja por la calidad del servicio ante la QIO, el plan o ambos. Consulte el Capítulo 9.

Los representantes de Servicios para los miembros de AvMed están disponibles para asistirlo del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 9 a.m. a 1 p.m. Llame a Servicios para los miembros de AvMed al 1-800-782-8633. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

Si usted necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar dicha atención, puede obtener esa atención de un proveedor fuera de la red. No obstante, su PCP deberá obtener la autorización previa de AvMed. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red.

Nota: Los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red en casos de emergencia o servicios que necesiten con urgencia fuera del área. Además, los planes deben

cubrir servicios de diálisis para miembros con enfermedad renal terminal (ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no tengan acceso a proveedores de servicios para ESRD contratados.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica
--

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP. No es necesario que use un médico de la red. Usted puede obtener cobertura de emergencia médica cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forman parte de nuestra red. También puede recibir atención de emergencia en todo el mundo. Si tiene una emergencia fuera de los Estados Unidos o de sus territorios, usted será responsable de pagar por adelantado por los servicios que se brinden. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. El número al que debe llamar para notificarnos se encuentra al dorso de la tarjeta de identificación de AvMed.

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

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que los médicos nos comuniquen y organicen planes para obtener atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios
--

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

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

Para acceder a los servicios de urgencia, puede llamar a la oficina de su PCP o acudir a cualquier centro de atención de urgencia de la red. Si no está seguro si necesita una atención de urgencia, puede llamar a “Enfermeras de guardia” (“Nurse On Call”) de AvMed, las 24 horas del día, 7 días a la semana, al 1-888-866-5432 para hablar con un enfermero matriculado que responda a sus preguntas de salud o le guíe en temas vinculados a la salud. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.avmed.org o www.FEMA.gov para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más de lo que le correspondía pagar por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

AvMed Medicare Premium Saver cubre todos los servicios médicamente necesarios como se indica en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no estaban autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez alcanzado el límite de beneficios, sus costos no contarán para el máximo de su bolsillo.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un “ensayo clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica son aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar a los voluntarios que participen en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted expresa su interés, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos indica que está en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó 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 de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación para mostrarnos la cantidad que pagó. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo diga, ni que obtenga nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, le alentamos a que nos informe antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.

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

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

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.

- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su participación en los costos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre la cantidad de costos compartidos que pagó. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba, y usted pagaría el copago de \$20 requerido en Original Medicare. Luego notificaría a su plan de que recibió un servicio de ensayos clínicos calificado y enviaría documentación al plan, como una factura de proveedores. El plan entonces le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para obtener el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

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

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”

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

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico “no exceptuado”.

- La atención o el tratamiento médicos “no exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médicos “exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - – y – debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de que lo ingresen en el centro, ya que su estadía no estará cubierta.

Los beneficios para servicios cubiertos en una institución religiosa de atención sanitaria no médica son los mismos que para la atención para pacientes hospitalizados como se muestra en el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos (*lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de AvMed Medicare Premium Saver, generalmente, no tendrá posesión de los artículos del DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan. Incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo del DME en Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del DME. Llame a Servicios para los miembros de AvMed, para obtener más información.

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estuvo en nuestro plan no cuentan.

Ejemplo 1: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Usted deberá realizar 13 pagos en nuestro plan antes de tener la posesión del artículo.

Ejemplo 2: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Estuvo en nuestro plan, pero no obtuvo la posesión mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Usted deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para tener la posesión del artículo una vez que se inscriba en Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, AvMed Medicare Premium Saver cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja AvMed Medicare Premium Saver o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver.

¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes que el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (todavía es responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años puede optar por quedarse con la misma compañía o cambiarse a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, lo que le exige que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza otra vez.

CAPÍTULO 4:

*Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto y
lo que le corresponde pagar)*

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra la cantidad que pagará por cada servicio cubierto como miembro de AvMed Medicare Premium Saver. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- El “**copago**” es un monto fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos.)
- El “**coseguro**” es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro.)

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

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

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos. Para el año calendario 2023, este monto es de \$3,400.

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que usted paga por las primas de su plan y sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto que paga de su bolsillo máximo de \$3,400, no tendrá que pagar ningún costo de su bolsillo para el resto del año para los servicios cubiertos en la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”**

Como miembro de AvMed Medicare Premium Saver, una protección importante para usted es que, después de alcanzar cualquier deducible, solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o para servicios de emergencia o urgencia).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o para servicios de emergencia o urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame a Servicios para los miembros de AvMed.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que AvMed Medicare Premium Saver cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D está en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una “remisión”.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en cursiva en la Tabla de beneficios médicos.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2023 (Medicare y Usted 2023)*. También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

también se le trata o controla por una afección existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.

- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio nuevo durante el año 2023, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**Tabla de beneficios médicos**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes.	Usted paga: \$10 de copago por un máximo de 20 visitas por año

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para el dolor crónico de espalda baja (continuación) Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).	
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. • El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de	Usted paga: Copago de \$200 para servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. El copago se aplica a cada transporte de ida.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de ambulancia (continuación) transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	
 Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez al año. Nota: su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.
 Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la lectura de los resultados por parte del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas. Nota: Todas las pruebas de diagnóstico que resulten de las pruebas de detección de cáncer de mama (mamografías), o realizadas junto con las mamografías (como ultrasonidos de mama), están sujetas a los montos de los

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) (continuación)	costos compartidos aplicables. Para obtener más información, consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos en esta Tabla de beneficios.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una remisión del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Puede requerir una remisión de su médico. Usted paga: \$15 de copago por cada consulta para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares. Puede aplicarse un copago a la consulta médica.
 Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años. Puede aplicarse un copago a la consulta médica.
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina (continuación) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. Puede aplicarse un copago a la consulta médica.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.	Usted paga: \$5 de copago por cada consulta para servicios cubiertos por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en materia fecal con guayacol (Guaiac-Based Fecal Occult Blood Test, gFOBT). • Prueba inmunoquímica fecal (Fecal Immunochemical Test, FIT). Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años. Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente:	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si tiene antecedentes de cáncer de colon o le han extirpado pólipos durante una colonoscopia previa, las subsiguientes colonoscopías se consideran de diagnóstico y están sujetas a costos compartidos según se describe en Costos compartidos para cirugía de pacientes externos en esta tabla. Por lo tanto, el beneficio de la colonoscopia de detección no está disponible para los miembros que tengan signos o síntomas antes de la colonoscopia.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.	Una colonoscopia o sigmoidoscopia realizada para extirpar pólipos o efectuar una biopsia es un procedimiento quirúrgico sujeto a los costos compartidos para cirugía de pacientes externos descritos más adelante en esta tabla.
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente: - Todos los servicios odontológicos cubiertos por Medicare - Beneficios odontológicos complementarios administrados por Delta Dental *Los costos compartidos de los servicios odontológicos no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Para obtener una lista completa de los servicios odontológicos preventivos e integrales cubiertos y los requisitos de cobertura, consulte la sección Delta Dental después de esta Tabla de beneficios médicos. Los servicios odontológicos pueden requerir una autorización previa para que sean cubiertos o estar sujetos a limitaciones.	Usted paga: \$25 a \$175 de copago para servicios dentales cubiertos por Medicare Consulte la sección Delta Dental para obtener información sobre costos compartidos para servicios odontológicos complementarios.
 Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión. Puede aplicarse un copago a la consulta médica.
 Prueba de detección de diabetes	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de diabetes (continuación) Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	diabetes cubiertas por Medicare. Puede aplicarse un copago a la consulta médica.
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, sensores de monitoreo continuo de la glucosa (CGM), dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Monitores para el monitoreo continuo de la glucosa (CGM) y transmisores de CGM. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	Los servicios y suministros para controlar la diabetes están limitados a ciertos fabricantes, productos o marcas específicas. Pueden aplicarse límites de cantidad. Comuníquese con el plan para obtener una lista de los suministros cubiertos. Usted paga: \$0 de copago por cada artículo de suministro de diabetes cubierto por Medicare enumerado cuando se compra en una farmacia de la red AvMed. 20% de coseguro para monitores y transmisores de CGM comprados en una farmacia de la red de AvMed. 20% de coseguro para zapatos o plantillas No se requiere coseguro, copago ni deducible para la

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación)	capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare. Los servicios recibidos además de, o junto con, la capacitación para el autocontrol de la diabetes de especialistas pueden estar sujetos a un costo compartido independiente por la consulta médica. Usted pagará un copago de \$25 por la consulta a especialistas.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (Para una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Con este documento de <i>Evidencia de cobertura</i>, le enviamos la lista de DME de AvMed Medicare Premium Saver. La lista indica las marcas y los fabricantes de DME que cubriremos. También puede acceder a esta lista más actualizada de marcas, fabricantes y proveedores en nuestro sitio web www.avmed.org. Generalmente, AvMed Medicare Premium Saver cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que se encuentran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es un miembro nuevo de AvMed Medicare Premium Saver y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura de esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada en su caso después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para tener una segunda opinión.) Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>.)	Usted paga el 20% de coseguro por cada artículo cubierto por Medicare (<i>requiere autorización o aprobación previa para estar cubierto</i>). Su costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en AvMed Medicare Premium Saver (HMO) pagó 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en AvMed Medicare Premium Saver (HMO) es 20% de coseguro.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, que pierda un hijo no nacido), un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. Usted tiene cobertura para atención de emergencia en todo el mundo. Si tiene una emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, usted será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado. Debe presentar a AvMed una factura detallada de los costos, un justificante de pago y una copia del registro médico completo relacionado con los servicios. El registro médico completo y la factura detallada deben ser traducidos al inglés por un traductor. Es posible que no le reembolsemos todos los gastos que pagó de su bolsillo. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las de los proveedores de fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Se aplican gastos compartidos y copagos.	Usted paga \$120 de copago por cada consulta de emergencia cubierta por Medicare. No paga este copago si es ingresado al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su afección de emergencia, debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.
Beneficio de tarjeta Flex Puede utilizar sus beneficios flexibles en la tarjeta prepagada Beneficios suplementarios Mastercard® Hay un subsidio mensual de \$30 que le ayuda a cubrir los gastos de su bolsillo para lo siguiente:	Usted paga \$0 por estos servicios.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Beneficio de tarjeta Flex (continuación) • Dental • Visión • De venta libre Si no utiliza todo el monto de su beneficio mensual de Flex cuando haga un pedido, el saldo restante se acumulará para el siguiente período de beneficio de Flex. Sus dólares de beneficios se pueden gastar en las ubicaciones minoristas participantes como se define anteriormente. Para obtener información adicional, visite su portal de MyBenefits en AvMed.NationsBenefits.com. Cualquier dinero de beneficios no utilizado expirará al final del año. Este beneficio no reemplaza sus beneficios actuales y está diseñado para ayudar a compensar los gastos de su bolsillo. El beneficio de Flex es solo para su uso personal, no se puede vender ni transferir y no tiene valor en efectivo. Su tarjeta debe activarse antes de utilizar sus beneficios. Puede activar su tarjeta en AvMed.NationsBenefits.com/activate. Para obtener más información sobre este beneficio, puede llamar a un Asesor de experiencia para los miembros al (877)-239-2946 (TTY: 711), las 24 horas, los siete días de la semana, los 365 días del año.	
 Programas educativos sobre salud y bienestar AvMed ofrece el programa SilverSneakers, un beneficio que incluye gimnasio y acondicionamiento físico. Los miembros reciben copias de nuestra revista trimestral <i>Aspire</i> sin costo adicional. Los miembros también tienen acceso a (i) evaluación de salud personalizada y tarjeta de puntos, y (ii) cursos de entrenamiento electrónico (E-coaching) y centro de salud.	Usted paga \$0 de copago.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación) Contamos con una línea telefónica de información de salud que funciona las 24 horas, “Enfermeras de guardia de AvMed” (“AvMed’s Nurse On Call”) al 1-888-866-5432 (TTY 711) sin costo adicional para los miembros. Quienes llamen podrán hablar con un enfermero matriculado que responda a sus preguntas de salud o le guíe en temas vinculados a la salud.	
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	Usted paga \$5 de copago por cada prueba auditiva de diagnóstico cubierta por Medicare.
 Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare. Puede aplicarse un copago a la consulta médica. Si se realiza en otro lado, se aplica copago del establecimiento que corresponda.
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	Usted paga \$0 de copago por las consultas médicas a domicilio cubiertas por Medicare (<i>requiere autorización previa/aprobación por adelantado para la cobertura</i>).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención médica a domicilio (continuación) • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con el plan de atención. • La capacitación y la educación del paciente que no estén cubiertos, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero. • Supervisión remota • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar.	Si su tratamiento de infusión en el hogar se provee a través de su cobertura de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare, su pago será como se indica en la sección de esta tabla titulada, “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”. Si su tratamiento de infusión en el hogar se provee a través de su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, consulte el Formulario Integral 2023 AvMed Medicare (AvMed Medicare 2023 Comprehensive Formulary) para obtener información detallada sobre precios.
Atención de hospicio	Cuando usted se inscribe en un programa de hospicio

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de hospicio (continuación) Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar los programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que posee la organización de MA o controla o en los que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de alivio a corto plazo. • Atención a domicilio. Cuando es ingresado en un hospicio tiene derecho a permanecer en su plan; si eligió permanecer en su plan debe continuar pagando las primas del plan. Durante la elección del hospicio pueden incluirse beneficios de cuidados transitorios, pero estos solo pueden ser brindados por los proveedores participantes. <u>Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> AvMed Medicare Choice pagará sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a AvMed por los servicios que cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red.	certificado por Medicare, Original Medicare y no AvMed Medicare Premium Saver paga sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga: \$0

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de hospicio (continuación) Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, pagará el costo compartido de conformidad con la cuota por servicio de Medicare (Original Medicare) Para los servicios <u>cubiertos por AvMed Medicare Premium Saver pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare</u>: AvMed Medicare Premium Saver continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, ya sea que estén o no relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. <u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: si estos medicamentos no están relacionados con su afección de hospicio terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección de hospicio terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare.</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>). Nota: si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	
 Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: - Vacuna contra la neumonía. - Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B y el COVID-19.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Inmunizaciones (continuación) • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra el COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. Consulte la Sección 9 del Capítulo 6 para obtener información adicional sobre las vacunas cubiertas por los beneficios de la Parte D de Medicare.	
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas.	\$200 de copago cada día para los días 1 - 5 (<i>requiere autorización previa/aprobación por adelantado para cobertura</i>) \$0 de copago por día de los días 6 a 90 (<i>requiere autorización previa/aprobación por adelantado para ser cubierto</i>). Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red (<i>requiere autorización previa/aprobación por adelantado para cobertura</i>).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados. • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si AvMed Medicare Premium Saver brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Si viaja fuera del patrón de atención de la comunidad, el transporte para obtener los servicios de trasplante se proporcionará a través de AvMed, Inc. o un socio tercerizado de AvMed. Los cargos se limitan a \$200 por día, hasta un máximo de \$10,000 de por vida para que un acompañante acompañe al miembro (o 2 acompañantes cuando el paciente sea menor de edad) y cuando el miembro tenga que viajar a un radio de más de 50 millas para recibir el trasplante. Este servicio solo está disponible cuando el trasplante se autoriza en uno de los centros de trasplante contratados de AvMed.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • Los centros hospitalarios de la red de AvMed no pueden contratarse para servicios de trasplante ni para tratamiento transitorio previo al trasplante. Los servicios de trasplante cubiertos solo pueden ser realizados en las instalaciones del Centro de Excelencia en Trasplantes (Transplant Center of Excellence) de AvMed en el estado de Florida. Para acceder a una lista completa de centros y asistencia con remisión o autorización para servicios de trasplante, comuníquese con Servicios para los Miembros de AvMed al número de teléfono que aparece en la última página de este folleto. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos y todos los otros componentes comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Servicios médicos. Nota: para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico	Usted paga: \$200 de copago cada día para

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación) Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Hay un límite de 190 días de por vida para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.	los días 1 al 9 (<i>requiere autorización previa/aprobación por adelantado para cobertura</i>). \$0 de copago por día de los días 10 a 90 (<i>requiere autorización previa/aprobación por adelantado para ser cubierto</i>). Los copagos son por admisión para cada internación cubierta por Medicare en un hospital de la red. Debe pagar el copago del hospital para pacientes internados por cada admisión.
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.	Usted paga: 100% por servicios para pacientes hospitalizados cuando los días en el centro de atención de enfermería especializada no están, o ya no están, cubiertos.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación) • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una • parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	
 Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante renal con una remisión del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión todos los años si hay que continuar el tratamiento en el próximo año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) (continuación) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos.	Usted paga: 10% del costo para medicamentos cubiertos de la Parte B administrados en centros no hospitalarios afiliados y 20% de coseguro para medicamentos cubiertos de la Parte B administrados en centros hospitalarios afiliados <i>(puede requerir autorización previa/aprobación por adelantado para cobertura)</i>. 10% de coseguro para medicamentos de quimioterapia cubiertos de la Parte B administrados en centros no hospitalarios afiliados y 20% del costo para medicamentos de quimioterapia cubiertos de la Parte B administrados en centros hospitalarios afiliados <i>(puede requerir autorización previa/aprobación por adelantado para cobertura)</i>.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. El siguiente enlace le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: www.avmed.org También cubrimos algunas vacunas en virtud de los beneficios de la Parte B y la Parte D para medicamentos con receta. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para tener medicamentos con receta. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	Medicamentos que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: Clases ▪ Analgésicos ▪ Antineoplásicos ▪ Sistema nervioso central ▪ Endócrinos y metabólicos ▪ Agentes antigota ▪ Hematológicos ▪ Agentes inmunológicos ▪ Agentes neuromusculares ▪ Agentes oftalmológicos ▪ Respiratorios
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la	Usted paga: \$15 de copago por consulta (requiere autorización)

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios del programa de tratamiento para opioides (continuación) cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas.	<i>previa/aprobación por adelantado para cobertura)</i>
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes	Usted paga: \$0 - \$25 de copago por cada prueba de diagnóstico y procedimientos cubiertos por Medicare. \$0 de copago por cada radiografía cubierta por Medicare en la consulta médica. ○ \$0 de copago por cada radiografía cubierta por Medicare en centros independientes y no hospitalarios afiliados. ○ \$0 de copago por cada radiografía cubierta por

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación) de la sangre también están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.	Medicare en centros hospitalarios afiliados. \$60 de copago por tratamiento por día para tratamiento de radiación en centros independientes y no hospitalarios afiliados <i>(requiere autorización previa/aprobación por adelantado para cobertura)</i>. O \$60 de copago por tratamiento por día para tratamiento de radiación en centros hospitalarios afiliados <i>(requiere autorización previa/aprobación por adelantado para cobertura)</i>. \$0 por cada prueba de diagnóstico compleja cubierta por Medicare para pacientes externos, incluso TAC, RMN, angiografía por resonancia magnética y estudios de gammagrafía cardíaca en centros no hospitalarios afiliados <i>(requiere autorización previa/aprobación por adelantado para cobertura)</i>. \$125 de copago por cada prueba de diagnóstico compleja cubierta por Medicare para pacientes externos, incluso TAC, RMN, angiografía por resonancia magnética y estudios de gammagrafía cardíaca en centros hospitalarios afiliados <i>(requiere autorización</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)	<i>previa/aprobación por adelantado para cobertura).</i> Usted paga: \$0 de copago para pruebas de laboratorio cubiertas por Medicare. \$0 de copago para pruebas de diagnóstico preventivas cubiertas por Medicare en consultorio. \$0 de copago para pruebas de diagnóstico preventivas cubiertas por Medicare en el centro.
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.	Usted paga: \$175 de copago por cada servicio de observación cubierto por Medicare (<i>requiere autorización previa/aprobación por adelantado para cobertura).</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes externos (continuación) También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar.	Usted paga: Consulte la sección Atención de emergencia anterior para obtener información sobre el costo de la atención de emergencia. \$75 de copago por cada visita cubierta por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos o centro quirúrgico ambulatorio no hospitalario afiliado (<i>puede requerir autorización previa</i>). O \$175 de copago por cada visita cubierta por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos afiliado al hospital o centro quirúrgico ambulatorio (<i>puede requerir autorización previa</i>). Para obtener información sobre el costo compartido para servicios específicos para pacientes externos como sala

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	de emergencia, pruebas de diagnóstico para atención urgente y suministros, consulte las secciones en la Tabla de beneficios.
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.	Usted paga: \$15 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare. \$15 de copago por cada sesión de terapia grupal cubierta por Medicare. <i>(requiere autorización previa/aprobación por adelantado para la cobertura).</i>
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales,	Usted paga: \$0 de copago por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. \$20 de copago por cada consulta de fisioterapia, terapia

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes externos (continuación) consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	del habla y del lenguaje cubierta por Medicare
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos Usted tiene cobertura para el tratamiento por abuso de sustancias tóxicas, como es cubierto por Original Medicare.	Usted paga: \$15 de copago por cada consulta individual por abuso de sustancias cubierta por Medicare. \$15 por cada consulta grupal por abuso de sustancias cubierta por Medicare <i>(requiere autorización previa/aprobación por adelantado para cobertura)</i>.
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.	Usted paga: \$75 de copago por cada procedimiento quirúrgico cubierto por Medicare en un centro no hospitalario afiliado o un centro de cirugía ambulatoria <i>(requiere autorización previa/aprobación por adelantado para cobertura)</i> O \$175 de copago por cada procedimiento quirúrgico cubierto por Medicare en un centro hospitalario afiliado para pacientes externos o un centro de cirugía ambulatoria <i>(requiere autorización previa/aprobación por adelantado para cobertura)</i>.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Beneficio de venta libre Puede utilizar sus beneficios de venta libre en la tarjeta prepagada de beneficios suplementarios Mastercard®. Usted tiene una asignación de \$25 cada tres meses para gastar en artículos de venta libre aprobados por el plan, medicamentos y productos. Si no utiliza todo el monto de su beneficio mensual de venta libre cuando haga un pedido, el saldo restante no se acumulará para el siguiente período de beneficio de venta libre. Puede pedir: • En línea – visite AvMed.NationsBenefits.com • Por teléfono: llame a un asesor de experiencia para los miembros de NationsBenefits al (877) 239-2946 (TTY: 711), las 24 horas, los siete días de la semana, los 365 días del año. • Por correo – complete y regrese el formulario de pedido en el catálogo de productos NationsBenefits/AvMed. • Minorista - Use su tarjeta de prepago para beneficios adicionales de NationsBenefits en los centros minoristas participantes. Su tarjeta debe activarse antes de utilizar sus beneficios. Puede activar su tarjeta en AvMed.NationsBenefits.com/active. Para obtener más información sobre este beneficio, puede llamar a un asesor de experiencia para los miembros al (877) 239-2946 (TTY: 711), las 24 horas, los siete días de la semana, los 365 días del año.	Usted paga \$0 de copago por estos servicios.
Servicios de hospitalización parcial La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la internación.	Usted paga: \$15 de copago por día para servicios de hospitalización parcial (<i>requiere autorización previa/aprobación por adelantado para cobertura</i>).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización parcial (continuación) Nota: debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, solo cubrimos la hospitalización parcial como un servicio hospitalario para pacientes externos.	
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un trastorno de salud mental si:	Usted paga: \$0 de copago por cada consulta en el consultorio del médico de atención primaria (PCP) para servicios cubiertos por Medicare. \$25 de copago para una consulta de médico especialista La mayoría de las consultas en el consultorio especializado requieren una remisión de su PCP (consulte el Capítulo 3, Sección 2.3). Si su PCP le recomienda consultar a un especialista, siempre confirme que su PCP haya enviado una remisión a un especialista de la red.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) ○ Usted tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud ○ Usted tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Puede haber excepciones a lo anterior para determinadas circunstancias. ● Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionadas por clínicas de salud rurales y centros de salud federalmente calificados ● Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos si: ○ No es un paciente nuevo y ○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y ○ El control no conduce a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más pronto ● Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si: ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no conduce a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más pronto ● Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. ● Segunda opinión antes de la cirugía. ● Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores. • Para todos los miembros, los servicios cubiertos incluyen una consulta de rutina cada 60 días, sin importar su condición.	Usted paga: \$5 de copago por cada consulta por servicios cubiertos por Medicare (atención del pie médicamente necesaria). \$5 de copago por cada consulta de rutina.
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual. Puede aplicarse un copago a la consulta médica.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados • Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía).	Usted paga: \$0 de copago por cada artículo cubierto por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Dispositivos protésicos y suministros relacionados (continuación) Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y reparación y/o reemplazo de dispositivos protésicos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección).	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y tienen una remisión del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	Usted paga: \$15 de copago por cada visita para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
 Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare. Puede aplicarse un copago a la consulta médica.
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años que no tienen signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero	No hay coseguro, copago o deducible para el asesoramiento cubierto por Medicare y la consulta compartida para tomar decisiones o para el LDCT.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación) que tienen un historial de consumo de tabaco de al menos 20 paquetes al año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para LDCT durante una asesoría de detección de cáncer de pulmón y una consulta compartida de toma de decisiones que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas y que sea proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado. Para poder realizarse una <i>prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT</i>: los miembros deben recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare. Puede aplicarse un copago a la consulta médica.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas (continuación) asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con él temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B	Usted paga: \$0 de copago para servicios educativos sobre enfermedades renales. Puede aplicarse un copago al centro. 20% de coseguro para la diálisis renal (incluida la diálisis renal cuando está temporalmente fuera del área) <i>(requiere autorización previa/aprobación por adelantado para cobertura)</i> .

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación) de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.	
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF) (Para una definición de “centro de atención de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este documento. A los centros de atención de enfermería especializada a veces se les denomina “SNF”). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total, concentrado de glóbulos rojos y todos los demás componentes comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF.	Usted paga: \$0 de copago por día durante los días 1 a 20. \$60 de copago por día para los días 21 a 100. <i>(requiere autorización previa/aprobación por adelantado para la cobertura).</i> Tiene cobertura por hasta 100 días en cada período de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un SNF. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido ninguna atención especializada o para pacientes internados en un SNF durante 60 días calendario. Si ingresa a un hospital o un centro de atención de enfermería especializada una vez que ha finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite respecto de la cantidad de períodos de beneficios. No se necesita haber estado internado en un hospital antes de ingresar a un SNF.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. <u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un periodo de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	Usted paga: \$10 copago por servicio.
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son i) que usted necesite atención inmediata durante el fin de semana o ii) que usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los	Usted paga: \$0 de copago por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare en un centro de atención de urgencia en la red; y \$25 de copago por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare en un centro de atención de urgencia fuera de la red.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia (continuación) servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, entonces su plan cubrirá los servicios de urgencia necesarios de un proveedor fuera de la red. Usted tiene cobertura para recibir servicios de urgencia necesarios en todo el mundo. Si recibe servicios de urgencia necesarios fuera de los Estados Unidos y sus territorios, usted será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado. Debe presentar a AvMed una factura detallada de los costos, un justificante de pago y una copia del registro médico completo relacionado con los servicios. El registro médico completo y la factura detallada deben ser traducidos al inglés por un traductor. Es posible que no le reembolsemos todos los gastos que pagó de su bolsillo. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las de los proveedores de fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Se aplican gastos compartidos y copagos.	No paga este monto si es ingresado al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.
Consultas virtuales (Telemedicina) Comuníquese con un médico para el diagnóstico y el tratamiento de determinadas afecciones médicas no urgentes, como resfriados, gripe, erupciones cutáneas e infecciones menores. Disponible las 24 horas del día, todos los días del año, a través del teléfono, la computadora, la tableta u otra tecnología de audio/vídeo desde cualquier lugar. Si es médicamente necesario, los médicos de este servicio pueden recetar medicamentos para tratar su enfermedad. Las consultas virtuales son una opción cómoda y rentable cuando su PCP o los centros de atención urgente no están disponibles. Cuando tenga una emergencia, como una lesión, una enfermedad o un traumatismo importante que ponga en	Usted paga: \$0 de copago

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Consultas virtuales (Telemedicina) (continuación) peligro su vida llame siempre al 911 o acuda a la sala de urgencias más cercana. Para obtener más información, ingrese a www.avmed.org o comuníquese con Servicios para los miembros de AvMed al número de teléfono que aparece en la última página de este folleto.	
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). • Un examen de la vista de rutina al año, así como una asignación para anteojos o lentes de contacto.	Usted paga: \$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare (diagnóstico y tratamiento para enfermedades y afecciones del ojo). \$0 de copago por cada examen de la vista de rutina por un optometrista del plan. \$0 de copago por lentes cubiertos por Medicare (un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas). \$350 de asignación para anteojos, limitado a un par de anteojos por año en anteojos seleccionados, además de los anteojos cubiertos por Medicare después de la cirugía de cataratas. Los exámenes de la vista realizados por un optómetra del plan no requieren una remisión. Pudiera requerirse remisiones para los exámenes de la vista realizados por un oftalmólogo.
 Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”	No se requiere coseguro, copago ni deducible para

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (continuación) El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. Importante: cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.	la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Delta Dental Sección 1 Introducción

AvMed se asoció con Delta Dental para brindar beneficios odontológicos bajo su plan. Este documento describe sus beneficios y servicios cubiertos. Tenga en cuenta que algunos servicios son limitados o están excluidos. Usted también es responsable de los copagos detallados bajo “Miembro paga” en la tabla que figura más adelante.

Como usar su Plan Delta Dental – Elección de un Dentista Contratado

Para inscribirse en este Programa, debe seleccionar un Dentista Contratado de uno de los siguientes condados:

Los condados de Miami-Dade y Broward solamente. Si no selecciona un Dentista Contratado o si el Dentista Contratado seleccionado no está disponible, solicitaremos la selección de otro Dentista Contratado o se le asignará uno. Usted puede cambiar su Dentista Contratado asignado dirigiendo una solicitud al departamento de Servicios para los miembros de Delta Dental al 800-693-2601 (TTY 711).

Para asegurar que su Dentista Contratado sea notificado y que nuestras listas de elegibilidad sean correctas, los cambios de Dentistas Contratados deben solicitarse antes del 21 de cada mes para que los cambios entren en vigor el primer día del mes siguiente.

Poco tiempo después de la inscripción, usted recibirá un paquete de membresía donde se le indicará la fecha de entrada en vigor de su Programa y la dirección y el número de teléfono de su Dentista Contratado. A partir de la fecha de entrada en vigor indicada en su paquete de membresía, usted puede obtener servicios odontológicos que son Beneficios. Para coordinar una consulta, simplemente llame al consultorio de su Dentista Contratado e identifíquese como miembro de AvMed-Delta Dental Medicare Advantage. Las primeras consultas deben programarse dentro de cuatro semanas, a menos que se haya solicitado un día en especial.

Las preguntas sobre la disponibilidad de consultas y accesibilidad de los Dentistas Contratados deben dirigirse al departamento de Servicios para los miembros de Delta Dental al 800-693-2601 (TTY 711).

CADA MIEMBRO DEBE ACUDIR A SU DENTISTA CONTRATADO ASIGNADO PARA OBTENER LOS SERVICIOS CUBIERTOS, CON EXCEPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS POR UN ESPECIALISTA CONTRATADO O LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA REQUERIDOS CUANDO SE ENCUENTRE A 35 MILLAS O MÁS DEL CONSULTORIO DEL DENTISTA CONTRATADO. ESTE PROGRAMA NO CUBRE NINGÚN OTRO TRATAMIENTO.

Si el acuerdo de su Dentista Contratado asignado con Delta Dental llega a su fin, ese Dentista Contratado completará (a) una dentadura postiza parcial o completa para la cual se hayan tomado las últimas impresiones y (b) cualquier trabajo en un diente en el que ya se haya comenzado a trabajar (como la finalización de tratamientos de conducto en curso y la colocación de coronas cuando los dientes han sido preparados).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Beneficios, limitaciones y exclusiones

Este Programa ofrece los Beneficios descritos en la Descripción de Beneficios Odontológicos y copagos sujetos a las limitaciones y exclusiones. Su Dentista Contratado lleva a cabo los servicios según se considere apropiado. Un Dentista Contratado puede proporcionar servicios ya sea personalmente o a través de Dentistas, técnicos o higienistas dentales asociados que puedan prestar los servicios de forma legal. Cualquier procedimiento que no se haya incluido específicamente en el anexo de copago bajo el Anexo A, Descripción de Beneficios y Copagos, queda excluido bajo este plan y no es un beneficio cubierto.

Copagos y otros cargos

Usted debe pagar los copagos descritos en la Descripción de Beneficios Odontológicos y copagos directamente al Dentista Contratado que provee el tratamiento. Los cargos por no concurrir a las consultas (a menos que se avise al Dentista Contratado por lo menos 24 horas antes o que una emergencia impida ese aviso) y los cargos por consultas fuera del horario de atención se listan en la Descripción de Beneficios Odontológicos y Copagos.

Servicios de emergencia

Siempre que sea posible, debe comunicarse con su Dentista Contratado asignado para obtener servicios de emergencia. Si no puede comunicarse con su Dentista Contratado para obtener servicios de emergencia, debe llamar al departamento de Servicios para miembros de Delta Dental al 800-693-2601 (TTY 711) para recibir asistencia y poder obtener atención de urgencia. Fuera del horario de atención o si se encuentra a 35 millas o más de su Dentista Contratado asignado, no necesita una remisión y puede solicitar tratamiento a un dentista que no sea su Dentista Contratado asignado.

Los beneficios para un tratamiento de emergencia brindado por cualquier Dentista, que no sea su Dentista Contratado asignado, están limitados a un máximo de \$100.00 por emergencia, por Miembro. Usted es responsable del (de los) copago(s), así como de cualquier cargo que supere el máximo beneficio de \$100.00.

La atención odontológica de emergencia está limitada al tratamiento paliativo para la eliminación del dolor dental. Cualquier otro tratamiento debe obtenerse del Dentista Contratado.

Servicios de especialistas

El Dentista Contratado asignado es quien debe remitir a los Servicios de especialistas. El Miembro pagará por todos los Servicios de especialistas, que son Beneficios proporcionados por un Especialista Contratado, directamente al Especialista Contratado. Si no hay un Especialista Contratado disponible en el área, no hay Beneficios para Servicios de especialistas. Cuando los servicios de referencia son prestados por un Especialista de la red, el Miembro paga el 75% de la “tarifa habitual” de ese dentista. El anexo de copago no se aplica a especialistas.

Reclamos para reembolso

Los reclamos para Servicios de Emergencia cubiertos deben presentarse a nosotros dentro de los 90 días siguientes a la finalización del tratamiento. Los reclamos válidos recibidos después del período de 90 días se revisarán si usted puede mostrar que no puede razonablemente posible presentar el reclamo dentro de ese plazo. Excepto en caso de ausencia de capacidad legal del

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

reclamante, todos los reclamos deben recibirse dentro del año siguiente a la fecha del tratamiento. La dirección para la presentación de reclamaciones es:

Delta Dental Claims Department,
P.O. Box 1810, Alpharetta,
Georgia 30023.

En caso de que no le paguemos a un Dentista Contratado, usted no será responsable ante ese Dentista por cualquier monto que nosotros le debamos. Por ley, el contrato de proveedor de Delta Dental contiene una disposición que prohíbe a un Dentista Contratado cobrar a un Miembro cualquier suma adeudada por Delta Dental.

A excepción de lo dispuesto en Servicios de Emergencia, no le pagaremos a un Dentista que no sea un Dentista Contratado, por lo que, si usted ha recibido tratamiento de Dentista fuera de la red, será responsable ante ese Dentista por el costo de los servicios.

Proceso de reclamo y apelación

Nuestro compromiso con usted es asegurarle no solo calidad en la atención, sino también calidad en el proceso de tratamiento. Esta calidad de tratamiento va desde los servicios profesionales prestados por los Dentistas Contratados hasta la cortesía con que lo atienden nuestros representantes de atención telefónica. Si tiene alguna pregunta o queja respecto de la elegibilidad, la negación de servicios odontológicos o reclamos, las políticas, procedimientos u operaciones de Delta Dental o la calidad de los servicios odontológicos brindados por un Dentista Contratado, tiene derecho a presentar un reclamo o apelación ante AvMed. Consulte *el Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* para obtener información sobre el proceso de reclamo y cómo comunicarse con AvMed.

¿Cuál es el área de servicio de su Programa?

Los condados en nuestra área de servicio son los siguientes:
Condado de Miami-Dade
Condado de Broward

¿Cómo encontrar Dentistas de la red en su área de servicio?

Usted puede cambiar su Dentista Contratado asignado dirigiendo una solicitud al departamento de Servicios para los miembros de Delta Dental al 800-693-2601(TTY 711).

Si tiene preguntas sobre este programa o necesita asistencia para seleccionar un Dentista Contratado, llame a nuestro departamento de Servicios para los miembros de Delta Dental al 800-693-2601 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 9 p.m.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**Delta Dental ANEXO A Descripción de beneficios dentales y copagos**

ANEXO A

Descripción de Beneficios y Copagos

Esta sección contiene una lista de los servicios odontológicos cubiertos y el monto del copago para cada servicio. Los servicios odontológicos pueden ser recomendados o realizados por el Dentista de la Red que lo atiende, sujeto a las limitaciones y exclusiones del programa que se describen a continuación. Los servicios presentados están sujetos a revisión para asegurar que la cobertura de los servicios no se excluye en el programa. Consulte el *Anexo B* para obtener más información sobre los beneficios. Los miembros deben discutir todas las opciones de tratamiento con su Dentista de la red antes de que se presten los servicios.

El texto que aparece en cursiva a continuación tiene el propósito específico de clarificar el suministro de beneficios bajo el programa DHMO y no debe interpretarse como códigos de procedimiento de Terminología Odontológica Actual (Current Dental Terminology, “CDT”), CDT-2021, descriptores o nomenclatura que están bajo el derecho de propiedad de la Asociación Dental Estadounidense (“ADA”). La ADA puede cambiar en forma periódica las definiciones o los códigos CDT. Esos códigos, descriptores y nomenclatura actualizados pueden usarse para describir estos procedimientos cubiertos en cumplimiento de las leyes federales.

<u>CÓDIGO</u>	<u>DESCRIPCIÓN</u>	<u>MIEMBRO PAGA</u>
D0100-D0999	I. DIAGNÓSTICO - <i>Cuando los servicios de referencia son prestados por un Especialista de la red, el Miembro paga el 75% de la “tarifa habitual” de ese Dentista. *</i>	
D0120	Evaluación dental periódica - paciente establecido - 2 D0120, D0160 o D0170 cada 1 año calendario	Sin costo
D0140	Evaluación dental limitada - centrada en problema (<i>No reembolsable el mismo día que los códigos D0120 o D0150</i>)	\$15.00
D0150	Evaluación dental completa - paciente establecido o nuevo (<i>No reembolsable el mismo día que los códigos D0120 o D0150</i>) - limitada a un D0150 o D0180 cada 3 años calendario, por proveedor o ubicación	\$20.00
D0160	Evaluación dental detallada y extensa - centrada en problema, por informe -2 (D0120, D0160 o D0170) cada 1 año calendario	\$20.00
D0170	Reevaluación - limitada, centrada en problema (paciente establecido; consulta no posoperatoria) - Dos (D0120, D0160, D0170) cada año calendario	\$20.00
D0171	Reevaluación - consulta posoperatoria	\$40.00

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

D0180	Evaluación periodontal completa - paciente establecido o nuevo - <i>limitada a un D0150 o D0180 cada 3 años calendario, por proveedor o ubicación</i>	\$25.00
D0190	Revisión de un paciente	Sin costo
D0191	Evaluación de un paciente <i>D0190 o D0191 está permitido uno por año calendario</i>	Sin costo
D0210	Intrabucal - serie completa de radiografías - <i>limitado a 1 serie cada 24 meses</i>	\$35.00
D0220	Intrabucal - primera radiografía periapical	\$8.00
D0230	Intrabucal - cada radiografía periapical adicional	\$2.00
D0270	Aleta de mordida - una radiografía - <i>limitado a 1 arco por día</i>	Sin costo
D0272	Aletas de mordida - 2 radiografías - <i>limitado a 1 por arco por día</i>	Sin costo
D0273	Aletas de mordida - 3 radiografías - <i>limitado a 1 por arco por día</i>	Sin costo
D0274	Aletas de mordida - 4 radiografías <i>Limitado a 2 por año calendario (ya sea D0220, D0230, D0270, D0272, D0273 o D0274 por 1 año calendario)</i>	\$20.00
D0277	Alas de mordida verticales - <i>7 a 8 radiografías - limitado a 1 por 1 año calendario</i>	\$25.00
D0330	Radiografía panorámica (<i>no reemplaza a rayos X de toda la boca</i>) - <i>limitada a 1 por año calendario por proveedor o ubicación (ya sea D0210 o D0330)</i>	\$35.00
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa <i>dental</i> - <i>limitadas a 1 por 2 años calendario</i>	\$8.00
D0601	Evaluación de riesgo de caries y documentación con un hallazgo de bajo riesgo - <i>1 cada 2 años calendario</i>	Sin costo
D0602	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con un hallazgo de riesgo moderado - <i>1 cada 2 años calendario</i>	Sin costo
D0603	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con un hallazgo de alto riesgo - <i>1 cada 2 años calendario</i>	Sin costo
D1000-D1999	II. PREVENCIÓN - <i>Cuando los servicios de referencia son prestados por un Especialista de la red, el Miembro paga el 75% de la "tarifa habitual" de ese Dentista. *</i>	
D1110	Limpieza profiláctica - adulto - <i>2 D1110, D1120 o D4346 por 1 año calendario</i>	Sin costo

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

D1110	Limpieza profiláctica adicional - adulto (<i>dentro del año calendario</i>)	\$45.00
D1206	Aplicación tópica de barniz de fluoruro - 2 por año calendario	Sin costo
D1208	Aplicación tópica de fluoruro - no incluye barniz - 2 por año calendario	Sin costo
D1310	Asesoramiento nutricional para control de enfermedad dental - 1 por año calendario	Sin costo
D1330	Instrucciones de higiene bucal	Sin costo
D2000-D2999	III. RESTAURACIÓN - Cuando los servicios de referencia son prestados por un Especialista de la red, el Miembro paga el 75% de la "tarifa habitual" de ese Dentista. * <i>- Incluye pulido, todos los adhesivos y agentes de unión, tapado indirecto de la pulpa, bases, revestimientos y procedimientos de grabado ácido.</i> <i>- Se requiere preautorización para todas las coronas</i> <i>- El reemplazo de coronas, incrustaciones tipo "inlay" y "onlay", requiere que la restauración existente tenga más de 5 años.</i> <i>- Ya sea D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394 o D2990 limitados a 2 por 1 año calendario.</i> <i>- Hay un límite de 2 por año calendario por paciente para cualquiera de D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2780, D2781, D2782, D2783, D2790, D2791, D2792, D2794.</i>	
D2140	Amalgama - una superficie, primaria o permanente	\$44.00
D2150	Amalgama - dos superficies, primaria o permanente	\$55.00
D2160	Amalgama - tres superficies, primaria o permanente	\$65.00
D2161	Amalgama - cuatro o más superficies, primaria	\$75.00
D2330	Resina compuesta - una superficie, anterior	\$40.00
D2331	Resina compuesta - dos superficies, anterior	\$60.00
D2332	Resina compuesta - tres superficies, anterior	\$75.00
D2335	Resina compuesta - cuatro o más superficies o con participación de ángulo incisal (anterior)	\$90.00
D2391	Resina compuesta - una superficie, posterior	\$70.00
D2392	Resina compuesta - dos superficies, posterior	\$85.00

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

D2393	Resina compuesta - tres superficies, posterior	\$100.00
D2394	Resina compuesta - cuatro o más superficies, posterior	\$125.00
D2710	Corona - resina compuesta (indirecta)	\$185.00
D2712	Corona - 3/4 resina compuesta (indirecta)	\$185.00
D2720	Corona - resina con metal de alta nobleza	\$440.00
D2721	Corona - resina con metal predominantemente básico	\$390.00
D2722	Corona - resina con metal noble	\$410.00
D2740	Corona - porcelana/cerámica	\$530.00
D2750	Corona - porcelana fusionada con metal de alta nobleza	\$485.00
D2751	Corona - porcelana fusionada con metal predominantemente básico	\$430.00
D2752	Corona - porcelana fusionada con metal noble	\$465.00
D2753	Corona - porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	\$485.00
D2780	Corona - 3/4 molde metal de alta nobleza	\$485.00
D2781	Corona - 3/4 molde metal predominantemente básico	\$430.00
D2782	Corona - 3/4 molde metal noble	\$465.00
D2783	Corona - 3/4 porcelana/cerámica	\$530.00
D2790	Corona - molde completo metal de alta nobleza	\$485.00
D2791	Corona - molde completo metal predominantemente básico	\$430.00
D2792	Corona - molde completo metal noble	\$465.00
D2794	Corona - titanio y aleaciones de titanio	\$485.00
D2915	Recementado o recolocación corona posterior y central prefabricada o fabricada indirectamente	\$22.00
D2920	Recementado o recolocación de corona	\$30.00
<i>D2915 y D2920 están limitados a una vez por diente por 2 años solo después de 6 meses de colocación inicial</i>		
D2928	Corona prefabricada porcelana/cerámica - diente permanente	\$85.00
D2940	Restauración de protección - limitada a una vez por diente de por vida	\$32.00
D2950	Refuerzo de corona, incluido perno cuando se necesite - <i>limitado a 1 de D2950, D2952, D2954 una vez por diente por 5 años.</i>	\$90.00

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

	<i>Negada cuando se factura con resina o restauración de amalgama</i>	
D2951	Retención de perno - por diente, además de restauración - 1 de D2951 una vez por diente por 5 años cuando se factura con resina o restauración de amalgama	\$30.00
D2952	Corona posterior y central además de corona, fabricada indirectamente - incluye preparación de canal - limitado a 1 de D2950, D2952, D2954 una vez por diente por 5 años. Negada cuando se factura con resina o restauración de amalgama	\$140.00
D2953	Cada corona posterior adicional fabricada indirectamente - mismo diente - incluye preparación de canal - 1 por 5 años por diente cuando se factura con D2952	\$90.00
D2954	Corona posterior y central prefabricada además de corona - corona posterior metal básico; incluye preparación de canal Negada cuando se factura con resina o restauración de amalgama	\$115.00
D2980	Reparación de corona necesaria por falla de material de restauración - limitado a una vez por diente por 2 años; solo después de 6 meses de colocación inicial.	\$85.00
D3000-D3999	IV. ENDODONCIA - Cuando los servicios de referencia son prestados por un Especialista de la red, el Miembro paga el 75% de la "tarifa habitual" de ese Dentista. *	
D3110	Recubrimiento pulpar - directo (no incluye restauración final)	\$22.00
D3120	Recubrimiento pulpar - indirecto (no incluye restauración final)	\$22.00
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final) - extracción de la pulpa coronal en la unión dentinocemental y aplicación del medicamento	\$60.00
D3221	Desbridamiento pulpar, dentición primaria y permanente <i>1 vez en la vida (ya sea D3220 o D3221)</i>	\$80.00
D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis - diente permanente con desarrollo de raíz incompleto	\$60.00
D3310	Conducto radicular - tratamiento endodóntico, diente anterior (no incluye restauración final)	\$325.00
D3320	Conducto radicular - tratamiento endodóntico, diente premolar (no incluye restauración final)	\$390.00
D3330	Conducto radicular - tratamiento endodóntico, diente molar (no incluye restauración final)	\$495.00

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

D3331	Tratamiento de obstrucción de conducto radicular; acceso no quirúrgico	\$110.00
D3346	Retratamiento de tratamiento de conducto radicular previo - anterior	\$360.00
D3347	Retratamiento de tratamiento de conducto radicular previo - premolar	\$395.00
D3348	Retratamiento de tratamiento de conducto radicular previo - molar	\$535.00
<i>Limitado a 1 por D3310, D3320, D3330, D3331, D3346, D3347 o D3348 por 1 año calendario por paciente</i>		
D3351	Apexificación/recalcificación - consulta inicial (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción radicular, etc.) - <i>limitado a 1 vez en la vida.</i>	\$145.00
D3410	Apicectomía - anterior - <i>limitado a una vez por diente permanente de por vida</i>	\$250.00
D3421	Apicectomía - premolar (primera raíz) - <i>limitado a una vez por diente permanente de por vida</i>	\$300.00
D3425	Apicectomía - molar (primera raíz) - <i>limitado a una vez por diente permanente de por vida</i>	\$325.00
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional) - <i>limitado a una vez por diente permanente de por vida</i>	\$100.00
D3430	Obturación retrógrada - por raíz	\$70.00
D3450	Extirpación de raíz - por raíz	\$150.00
D4000-D4999	V. PERIODONCIA - <i>Cuando los servicios de referencia son prestados por un Especialista de la red, el Miembro paga el 75% de la “tarifa habitual” de ese Dentista. *</i>	
<i>- Incluye evaluaciones prequirúrgicas y posquirúrgicas y tratamiento con anestesia local.</i>		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastía - cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante - <i>limitado a 1 de D4210 o D4211 una vez por cuadrante por 3 años calendario</i>	\$225.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastía - uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante - <i>limitado a 1 de D4210 o D4211 una vez por cuadrante por 3 años calendario</i>	\$180.00
D4212	Gingivectomía o gingivoplastía para permitir acceso para procedimiento de restauración, por diente - <i>limitado a 1 por cuadrante por 3 años calendario</i>	\$180.00

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluido alisado radicular - cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante - <i>limitado a 1 de D4240 o D4241 una vez por cuadrante por 3 años calendario</i>	\$240.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular - uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante - <i>limitado a 1 de D4240 o D4241 una vez por cuadrante por 3 años calendario</i>	\$190.00
D4249	Agrandamiento clínico de corona - tejido duro - <i>limitado a una vez por diente permanente de por vida</i>	\$235.00
D4260	Cirugía ósea (incluye elevación de colgajo de espesor completo y cierre) - cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante - <i>limitado a 1 de D4260 o D4261 una vez por cuadrante por 3 años calendario</i>	\$435.00
D4341	Raspado periodontal y alisado radicular - cuatro o más dientes por cuadrante - <i>limitado a 1 de ya sea D4341 o D4342 por 2 años calendario por cuadrante</i>	\$85.00
D4342	Raspado periodontal y alisado radicular - uno a tres dientes por cuadrante - <i>limitado a 1 de ya sea D4341 o D4342 por 2 años calendario por cuadrante</i>	\$68.00
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada de moderada a grave - toda la boca, después de evaluación bucal - 2 <i>D1110 o D4346 por año calendario</i>	Sin costo
D4355	Desbridamiento en toda la boca para permitir evaluación y diagnóstico bucal integral en una próxima consulta - <i>limitado a 1 tratamiento en 2 años calendario</i>	\$78.00
D4910	Mantenimiento periodontal - <i>limitado a 4 tratamientos por año calendario</i>	\$55.00
D4921	Irrigación gingival - por cuadrante - <i>limitado a 4 cuadrantes por año calendario</i>	Sin costo
D5000-D5899	VI. PROSTODONCIA (removible)	

- Para todas las dentaduras postizas y parciales enumeradas, el copago incluye los ajustes posteriores a la entrega y el acondicionamiento del tejido, si es necesario, durante los primeros seis meses después de la colocación.

El Miembro debe seguir siendo elegible y el servicio debe prestarse en el centro del Dentista de la red donde se entregó originalmente la dentadura. - Los reajustes, realineaciones, reparaciones y acondicionamientos de tejidos están limitados a 1 por dentadura durante 1 calendario y no están cubiertos dentro de los 6 meses después de la

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

colocación. - El reemplazo de una dentadura o de una dentadura parcial requiere que la dentadura existente tenga más de 5 años.

- Las dentaduras requieren preautorización antes del tratamiento.

D5110	Dentadura completa - maxilar	Sin costo
D5120	Dentadura completa - mandibular	Sin costo
D5130	Dentadura inmediata - maxilar	\$665.00
D5140	Dentadura inmediata - mandibular	\$665.00
D5211	Dentadura parcial maxilar - base resina (incluye materiales de retención/agarre, soportes y dientes)	Sin costo
D5212	Dentadura parcial mandibular - base resina (incluye materiales de retención/agarre, soportes y dientes)	Sin costo
D5213	Dentadura parcial maxilar - estructura de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluye materiales de retención/agarre, soportes y dientes)	Sin costo
D5214	Dentadura parcial mandibular - estructura de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluye materiales de retención/agarre, soportes y dientes)	Sin costo
D5221	Dentadura parcial maxilar inmediata – base resina (incluye materiales de retención/agarre, soportes y dientes)	\$440.0
D5222	Dentadura parcial mandibular inmediata - base resina (incluye materiales de retención/agarre, soportes y dientes)	\$440.00
D5223	Dentadura parcial maxilar inmediata - estructura de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluye materiales de retención/agarre, soportes y dientes)	\$630.00
D5224	Dentadura parcial mandibular inmediata – estructura de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluye materiales de retención/agarre, soportes y dientes)	\$630.00
D5225	Dentadura parcial maxilar - base flexible (incluye materiales de retención/agarre, soportes y dientes) - los aparatos prostéticos solo se reemplazarán después de cinco años desde la entrega	\$700.00
D5226	Dentadura parcial mandibular - base flexible (incluye materiales de retención/agarre, soportes y dientes)	\$700.00
D5410	Ajuste dentadura completa - maxilar	\$25.00
D5411	Ajuste dentadura completa - mandibular	\$25.00
D5421	Ajuste dentadura parcial - maxilar	\$25.00
D5422	Ajuste dentadura parcial - mandibular	\$25.00

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

D5511	Reparación base dentadura completa rota, mandibular	\$80.00
D5512	Reparación base dentadura completa rota, maxilar	\$80.00
D5520	Reemplazo dientes perdidos o rotos - dentadura completa (cada diente)	\$75.00
D5611	Reparación base dentadura parcial resina, mandibular	\$60.00
D5612	Reparación base dentadura parcial resina, maxilar	\$60.00
D5621	Reparación estructura parcial fundida, mandibular	\$70.00
D5622	Reparación estructura parcial fundida, maxilar	\$70.00
D5630	Reparación o reemplazo materiales de retención/agarre rotos - por diente	\$68.00
D5640	Reemplazo dientes rotos - por diente	\$60.00
D5650	Agregado de diente a dentadura parcial existente	\$68.00
D5660	Agregado de agarre a dentadura parcial existente - por diente	\$70.00
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílico en estructura de metal fundido (maxilar) - limitado a 1 en 6 meses	\$295.00
D5710	Reajuste dentadura maxilar completa	\$210.00
D5711	Reajuste dentadura mandibular completa	\$210.00
D5720	Reajuste dentadura maxilar parcial	\$210.00
D5721	Reajuste dentadura parcial mandibular	\$210.00
D5730	Realineación dentadura maxilar completa (consultorio)	\$95.00
D5731	Realineación dentadura mandibular completa (consultorio)	\$95.00
D5740	Realineación dentadura maxilar parcial (consultorio)	\$95.00
D5741	Realineación dentadura mandibular parcial (consultorio)	\$95.00
D5750	Realineación dentadura maxilar completa (laboratorio)	\$185.00
D5751	Realineación dentadura mandibular completa (laboratorio)	\$185.00
D5760	Realineación dentadura maxilar parcial (laboratorio)	\$185.00
D5761	Realineación dentadura mandibular parcial (laboratorio)	\$185.00
D5765	Alineador suave para dentadura removible completa o parcial - indirecto	\$185.00
D5820	Dentadura parcial interina (incluye materiales de retención/agarre, soportes y dientes), maxilar - <i>limitado a 1 en cualquier año calendario</i>	\$235.00

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

D5821	Dentadura parcial interina (incluye materiales de retención/agarre, soportes y dientes), mandibular - <i>limitado a 1 en cualquier año calendario</i>	\$235.00
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar	\$60.00
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular - <i>solo se permite en conjunto con la fabricación de nueva dentadura. No está permitido durante 5 años después de la entrega de dentadura nueva</i>	\$60.00
D5900-D5999	VII. PRÓTESIS MAXILOFACIAL -No cubierto	
D6000-D6199	VIII. SERVICIOS DE IMPLANTE -No cubierto	
D6200-D6999	IX. PROSTODONCIA, fija (cada retenedor y cada pónico constituyen una unidad en una prótesis parcial fija [puente])	
<i>- El reemplazo de una corona, pónico, inlay, onlay o liberador de tensión requiere que el puente existente tenga más de 5 años.</i>		
D6210	Pónico - metal fundido de alta nobleza	\$485.00
D6211	Pónico - metal fundido predominantemente básico	\$430.00
D6212	Pónico - metal fundido noble	\$465.00
D6240	Pónico - porcelana fusionada con metal de alta nobleza	\$485.00
D6241	Pónico - porcelana fusionada con metal predominantemente básico	\$430.00
D6242	Pónico - porcelana fusionada con metal noble	\$465.00
D6243	Pónico - porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	\$465.00
D6245	Pónico - porcelana/cerámica	\$550.00
D6250	Pónico - resina con metal de alta nobleza	\$440.00
D6251	Pónico - resina con metal predominantemente básico	\$390.00
D6252	Pónico - resina con metal noble	\$410.00
D6602	Retenedor inlay - metal fundido de alta nobleza, dos superficies	\$350.00
D6603	Retenedor inlay - metal fundido de alta nobleza, tres o más superficies	\$370.00
D6604	Retenedor inlay - metal fundido predominantemente básico, dos superficies	\$300.00

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

D6605	Retenedor inlay - metal fundido predominantemente básico, tres o más superficies	\$320.00
D6606	Retenedor inlay - metal fundido noble, dos superficies	\$330.00
D6607	Retenedor inlay - metal fundido noble, tres o más superficies	\$350.00
D6608	Retenedor onlay - porcelana/cerámica, dos superficies	\$375.00
D6609	Retenedor onlay - porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$410.00
D6610	Retenedor onlay - metal fundido de alta nobleza, dos superficies	\$355.00
D6611	Retenedor onlay - metal fundido de alta nobleza, tres o más superficies	\$375.00
D6612	Retenedor onlay - metal fundido predominantemente básico, dos superficies	\$305.00
D6613	Retenedor onlay - metal fundido predominantemente básico, tres o más superficies	\$325.00
D6614	Retenedor onlay - metal fundido noble, dos superficies	\$335.00
D6615	Retenedor onlay - metal fundido noble, tres o más superficies	\$355.00
D6720	Retenedor corona - resina con metal de alta nobleza	\$440.00
D6721	Retenedor corona - resina con metal predominantemente básico	\$390.00
D6722	Retenedor corona - resina con metal noble	\$410.00
D6740	Retenedor corona - porcelana/cerámica	\$530.00
D6750	Retenedor corona - porcelana fusionada con metal de alta nobleza	\$485.00
D6751	Retenedor corona - porcelana fusionada con metal predominantemente básico	\$430.00
D6752	Retenedor corona - porcelana fusionada con metal noble	\$465.00
D6780	Retenedor corona - 3/4 metal fundido de alta nobleza	\$485.00
D6781	Retenedor corona - 3/4 fundido predominantemente metal básico	\$430.00
D6782	Retenedor corona - 3/4 metal fundido noble	\$465.00
D6783	Retenedor corona - 3/4 porcelana/cerámica	\$530.00
D6784	Retenedor corona - titanio y aleaciones de titanio	\$485.00
D6790	Retenedor corona - metal fundido de alta nobleza completo	\$485.00
D6791	Retenedor corona - molde completo metal predominantemente básico	\$430.00
D6792	Retenedor corona - metal fundido noble completo	\$465.00

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

D6793	Retenedor corona interina - tratamiento posterior o finalización del diagnóstico necesario antes de la impresión final	Sin costo
D6794	Retenedor corona - titanio y aleaciones de titanio	Sin costo
D6930	Recementado o recolocación de dentadura parcial fija - <i>limitado a 1 por 2 años calendario (No cubierto dentro de los 6 meses de la colocación inicial)</i>	\$50.00
D6940	Liberador de tensión	\$110.00
D6980	Reparación de dentadura parcial fija necesaria por falla de material de restauración - <i>limitado a 1 por 2 años calendario (No cubierto dentro de los 6 meses de la colocación inicial)</i>	\$125.00
D7000-D7999	X. CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL - <i>Cuando los servicios de referencia son prestados por un Especialista de la red, el Miembro paga el 75% de la “tarifa habitual” de ese Dentista. *</i>	
<i>- Incluye evaluaciones prequirúrgicas y posquirúrgicas y tratamiento con anestesia local.</i>		
<i>- Los retiros y las extracciones están limitadas a 3 por año calendario (ya sea D7140, D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, D7250 O D7251) incluyen la extracción incidental de un quiste o una lesión adherida a las raíces.</i>		
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación o retiro con fórceps)	\$70.00
D7210	Extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso o corte del diente, e incluye elevación de colgajo mucoperióstico si se indica	\$115.00
D7220	Retiro del diente impactado - tejido blando	\$120.00
D7230	Retiro del diente impactado - parcialmente óseo	\$140.00
D7240	Retiro del diente impactado - completamente óseo	\$160.00
D7241	Retiro del diente impactado - completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas poco comunes	\$175.00
D7250	Retiro de raíces residuales (procedimiento de corte)	\$85.00
D7251	Coronectomía - Retiro parcial intencional del diente	\$175.00
D7270	Reimplantación de diente o estabilización de diente accidentalmente descolocado o desplazado	\$85.00
D7280	Exposición de raíz no erupcionada	\$125.00
D7282	Movilización de diente erupcionado o mal posicionado para ayudar a la erupción	\$120.00

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

D7283	Colocación de dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado	Sin costo
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal - blando - <i>no incluye procedimientos de laboratorio de patología</i>	\$80.00
D7310	Alveoloplastía junto con extracciones - <i>1 de D7310 O D7311 por cuadrante de por vida *No se hacen extracciones en áreas edentolosas</i>	\$85.00
D7311	Alveoloplastía junto con extracciones - <i>1 de D7310 O D7311 por cuadrante de por vida *No se hacen extracciones en áreas edentolosas</i>	\$85.00
D7320	Alveoloplastía no junto con extracciones - cuatro o más dientes o espacios de dientes, por cuadrante	\$125.00
D7321	Alveoloplastía no junto con extracciones - uno a tres dientes o espacios de dientes, por cuadrante	\$125.00
D7340	Vestibuloplastía - extensión de cresta (epitelialización secundaria)	\$125.00
D7350	Vestibuloplastía - extensión de cresta (incluye injertos de tejido blando, reinscripción muscular, revisión de la inserción de tejidos blandos y manejo de tejido hipertrofiado e hiperplásico)	\$125.00
D7450	Retiro de tumor o quiste odontogénico benigno - diámetro de lesión hasta 1.25 cm	\$60.00
D7451	Retiro de tumor o quiste odontogénico benigno - diámetro de lesión más de 1.25 cm	\$80.00
D7471	Retiro de exostosis lateral (maxilar o mandíbula)	\$75.00
D7472	Retiro de rodete palatino	\$75.00
D7473	Retiro de rodete mandibular	\$75.00
D7510	Incisión y drenaje de absceso - tejido blando intrabucal	\$40.00
D7922	Colocación de vendaje biológico en alvéolo para ayudar a la hemostasia o estabilización de coágulos, por sitio	Sin costo
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	Sin costo
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía) <i>Uno de D7961 o D7962 una vez por arco de por vida</i>	\$95.00
D7970	Escisión de tejido hiperplásico - por arco	\$125.00
D7971	Escisión de gingiva pericoronar	\$125.00

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

D7970 y D7971 no están permitidos junto con D7310 o D7320 en la misma fecha de servicio

D8000-D8999	XI. ORTODONCIA - No cubierta	
D9000-D9999	XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS - <i>Cuando los servicios de referencia son prestados por un Especialista de la red, el Miembro paga el 75% de la “tarifa habitual” de ese Dentista. *</i>	
<i>- Sedación profunda y sedación intravenosa moderada limitadas a 1 por día (posterior conversión a D9223 o D9243) 1 procedimiento D9222 o D9239 por día; D9222 o D9239 subsiguiente en la misma fecha de servicios se convierte a D9223 o D9243. Máximo de 60 minutos de anestesia general están permitidos por fecha de servicio (1 D9222 o D9239 + 3 D9223 o D9243), las unidades adicionales están prohibidas sin Miembro adicional o pago Delta.</i>		
D9110	Tratamiento paliativo (emergencia) de dolor dental - procedimiento menor	\$35.00
D9211	Anestesia de bloque regional	Sin costo
D9212	Anestesia de bloqueo de la división trigeminal	Sin costo
D9215	Anestesia local junto con procedimiento operativos o quirúrgicos	Sin costo
D9219	Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general	Sin costo
D9222	Sedación profunda/anestesia general - primeros 15 minutos	\$80.00
D9223	Sedación profunda/anestesia general - cada incremento posterior de 15 minutos	\$80.00
D9230	Inhalación de óxido nitroso / ansiolisis, analgesia - 3 por 1 año calendario	\$80.00
D9239	Sedación/analgesia moderada intravenosa (consciente) – primeros 15 minutos - <i>1 de D9239 por 1 día por paciente</i> <i>*Máximo de 15 minutos. No está permitido con D9222, D9223, D9230 o D9248</i>	\$80.00
D9243	Sedación/analgesia moderada intravenosa (consciente) - cada incremento posterior de 15 minutos	\$80.00
D9248	D9248 Sedación consciente no intravenosa - <i>3 por 1 año calendario. No está permitido con D9222, D9223, D9243 o D9248</i>	\$80.00
D9310	Consulta - servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o médico que <i>no</i> sea el dentista o médico que lo solicita	\$75.00
D9311	Consulta con un profesional médico de la salud	Sin costo

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

D9430	Visita al consultorio para observación (en horas regularmente programadas) - no se realizan otros servicios	\$40.00
D9440	Visita al consultorio - después de horas regularmente programadas	\$60.00
D9450	Presentación del caso, planificación detallada y extensa del tratamiento	\$25.00
D9912	Prueba de detección de pacientes previo a la consulta	\$0.00
D9932	Limpieza y revisión de dentadura removible completa, maxilar	Sin costo
D9933	Limpieza y revisión de dentadura removible completa, mandibular	Sin costo
D9934	Limpieza y revisión de dentadura removible parcial, maxilar	Sin costo
D9935	Limpieza y revisión de dentadura removible parcial, mandibular	Sin costo
D9951	Ajuste de oclusión, limitado	\$55.00
D9952	Ajuste de oclusión, completo	\$165.00
D9975	Blanqueamiento externo para aplicación domiciliaria, por arco; incluye materiales y fabricación de bandejas personalizadas	\$125.00
D9986	Falta a la consulta	\$10.00
D9987	Cita cancelada	\$10.00
D9990	Servicios de traducción certificada o lengua de señas - por consulta	Sin costo
D9991	Gestión de caso dental - abordaje de obstáculos para el cumplimiento de la consulta	Sin costo
D9992	Gestión de caso dental - coordinación de la atención	Sin costo
D9995	Teleodontología - sincrónico; encuentro en tiempo real	Sin costo
D9996	Teleodontología - asincrónico; información guardada y enviada al dentista para su posterior revisión	Sin costo
D9997	Gestión de caso dental - Pacientes con necesidades especiales de atención de salud	Sin costo

*Si los servicios de un procedimiento listado son brindados por el Dentista de la red asignado, el Miembro paga el copago especificado. Los procedimientos de referencia listados que no se encuentren disponibles en el centro de la red o que requieran que un Dentista brinde servicios especializados pueden ser realizados por un cirujano bucal, endodoncista o periodoncista de la red al 75% de la “tarifa habitual” del Especialista de la red. Los servicios de especialistas solo están disponibles en áreas donde hay un especialista de la red DHMO, y mediante remisión del Dentista de la red asignado.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Anexo B Limitaciones de Beneficios

1. La frecuencia de ciertos Beneficios es limitada. Todas las limitaciones de frecuencia se indican en *el Anexo A, Descripción de Beneficios y Copagos*.
2. Cualquier procedimiento que según la opinión profesional del Dentista de la red o del personal clínico de Delta Dental:
 - a. tenga un mal pronóstico respecto de un resultado satisfactorio y una longevidad razonable en función del estado del diente o los dientes o las estructuras circundantes, o
 - b. sea inconsistente con los estándares odontológicos generalmente aceptados, o
 - c. servicios considerados inclusivos o parte de otro procedimiento no se pueden cobrar por separado.
3. Las radiografías de boca completa y las imágenes radiográficas se limitan a una serie cada 2 años calendario e incluyen cualquier combinación de películas periapicales, de mordida y/o panorámicas.
4. Las evaluaciones bucales limitadas no son reembolsables el mismo día que los códigos D0120 o D0150.
5. Una obturación es un beneficio para el retiro de caries, para reparaciones menores de la estructura del diente o para reemplazar una obturación perdida.
6. Una corona es un beneficio cuando no hay estructura de diente suficiente para apoyar una obturación o para reemplazar una corona existente que no es funcional o restaurable y cumple con la limitación de 5 años (Limitación no. 7).
7. Uno de D2950, D2952 o D2954 una vez por diente por 5 años. No se puede facturar con resina o restauración de amalgamas.
8. Uno de D2951 una vez por diente por 5 años cuando se factura con resina o restauración de amalgamas. D2951 no se puede facturar con D2950, D2952, D2954 si se factura por separado.
9. El reemplazo de un inlay, un onlay, una corona, una dentadura parcial fija (puente) o una dentadura completa o parcial removible se cubre cuando:
 - a. La restauración/puente/dentadura existente ya no es funcional y no se puede hacer funcional por reparación o ajuste, y
 - b. Cualquiera de los siguientes:
 - La restauración/puente/dentadura no funcional existente se colocó cinco o más años antes de su reemplazo, o
 - Si una dentadura parcial existente tiene menos de cinco años, pero debe ser reemplazada por una dentadura parcial nueva debido a la pérdida de un diente natural, que no se puede reemplazar por la adición de otro diente a la dentadura parcial existente.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

10. Un tapado directo o indirecto de pulpa es un Beneficio solo en un diente permanente vital con un ápice abierto o un diente primario vital.
11. Con la excepción del tapado de pulpa y las pulpotomías, los procedimientos endodónticos (por ejemplo, terapia de conducto radicular, apicectomía, obturación retrógrada, etc.) son solo un beneficio en un diente permanente con patología.
12. Una pulpotomía terapéutica en un diente permanente se limita al tratamiento paliativo cuando el Dentista Contratado no está realizando terapia de conducto radicular.
13. El raspado periodontal y alisado radicular están limitados a cuatro cuadrantes durante cualesquiera 3 años calendario.
14. El desbridamiento en toda la boca (escala bruta) se limita a un tratamiento en cualesquiera dos años calendario.
15. Si cualquier puente fijo o dentadura removible existente que ya reemplaza el diente o los dientes, que sería reemplazado por una nueva prótesis con soporte de implante, ese aparato existente debe ser elegible para su reemplazo en los términos del Contrato.
16. Los reajustes, realineaciones y acondicionamientos de tejidos solo se permiten en conjunto con la fabricación de dentadura nueva. No está permitido durante 5 años después de la entrega de dentadura nueva.
17. Las dentaduras parciales interinas (placas de estancia), en conjunto con aparatos fijos o removibles, se limitan al reemplazo de dientes anteriores extraídos para los adultos durante un período de curación cuando los dientes no se pueden agregar a una dentadura parcial existente.

Exclusiones de Beneficios

1. Cualquier procedimiento que no se haya listado específicamente en *el Anexo A, Descripción de Beneficios y Copagos*.
2. Cualquier procedimiento que según la opinión profesional del Dentista de la red o del personal clínico de Delta Dental:
 - a. tenga un mal pronóstico respecto de un resultado satisfactorio y una longevidad razonable en función del estado del diente o los dientes o las estructuras circundantes, o
 - b. sea inconsistente con los estándares odontológicos generalmente aceptados.
3. Servicios únicamente para fines cosméticos, o para condiciones que sean resultado de defectos hereditarios o de desarrollo, como paladar hendido, malformaciones de mandíbula superior e inferior, dientes faltantes y dientes que estén decolorados o a los que les falte esmalte.
4. Pérdida o robo de artículos incluso, entre otros, dentaduras completas o parciales, separadores, coronas y dentaduras parciales fijas (puente).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

5. Procedimientos, artículos o restauración si el propósito es cambiar la dimensión vertical, o diagnosticar o tratar condiciones anormales de la articulación temporomandibular.
6. Metales preciosos para aparatos removibles, bases blandas metálicas o permanentes para dentaduras completas, dientes de dentaduras de porcelana, pilares de precisión para prótesis parciales removibles o dentaduras parciales fijas (superposiciones, implantes y aparatos asociados a ellos) y personalización y caracterización de dentaduras completas y parciales.
7. Aparatos dentales y anexos soportados por implantes, colocación, mantenimiento y retiro de implantes, y todos los demás servicios asociados a un implante dental.
8. Consultas para Beneficios no cubiertos.
9. Servicios dentales recibidos de cualquier centro odontológico que no sea el Dentista de la red asignado, incluidos los servicios de un especialista dental fuera de la red, a menos que haya sido expresamente autorizado por Delta Dental excepto para *Servicios de Emergencia* como se describe en el Contrato o el Certificado de Cobertura.
10. Todas las tasas relacionadas para admisión, uso o estadía en un hospital, centro quirúrgico para pacientes externos, centro de cuidados extendidos u otro centro de atención similar.
11. Medicamentos de venta con receta.
12. Gastos dentales en que se incurra en relación con cualquier procedimiento dental comenzado antes de la elegibilidad del Miembro para el programa DHMO. Los ejemplos incluyen: dientes preparados para coronas, conductos radiculares en proceso y dentaduras completas o parciales para las que se haya tomado una impresión.
13. Tratamiento o artículos proporcionados por un Dentista cuya práctica se especializa en servicios de prostodoncia.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo excepto en las condiciones específicas que se detallan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide: en su apelación que es un servicio médico que debamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura.		✓ Disponible para personas con dolor crónico de espalda baja en ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos.		✓ - Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. - Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	✓	
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que la comunidad médica generalmente no acepta.		✓ Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
Entrega de comidas a domicilio.	✓	
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	✓	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Atención odontológica que no sea de rutina.		✓ Servicios dentales prestados por Delta Dental.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		✓ Zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en el hospital.		✓ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención quiropráctica de rutina.		✓ Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras.		✓ Servicios dentales prestados por Delta Dental
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		✓ Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de una cirugía de cataratas. También se cubren exámenes de la vista de rutina más anteojos/lentes de contacto anualmente. Consulte los detalles en Beneficios para la visión.
Cuidado de rutina de los pies.		✓ Una consulta cada 60 días para cuidado de rutina de los pies.
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos.		✓
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	✓	

CAPÍTULO 5:

*Cómo utilizar la cobertura del plan
para sus medicamentos con receta
de la
Parte D*

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

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

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D
--

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta.
- Esta persona no debe estar en las listas de exclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 2.2 Farmacias de la red****¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el Directorio de *farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.avmed.org) o llamar a Servicios para los miembros de AvMed.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red ofrecen un costo compartido preferido, que puede ser más bajo que el costo compartido en una farmacia que ofrece un costo compartido estándar. El Directorio de *proveedores y farmacias* le indicará qué farmacias de nuestra red ofrecen un costo compartido preferido. Póngase en contacto con nosotros para obtener más información sobre cómo los costos de bolsillo podrían variar en caso de los medicamentos diferentes.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. O si la farmacia que estaba usando permanece en la red, pero ya no ofrece un costo compartido preferido, tal vez desee cambiar a red diferente o farmacia preferida, si hay disponible. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros de AvMed o utilizar el Directorio de *proveedores y farmacias*. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.avmed.org.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los miembros de AvMed.
- Farmacias que brindan servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (**Nota:** es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el Directorio de *proveedores y farmacias* o llame a Servicios para los miembros de AvMed.

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan

El servicio de pedido por correo del plan permite que solicite ***al menos un suministro del medicamento para 30 días y para no más de 100 días.***

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, llame a Servicios para los miembros de AvMed (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 14 días como máximo. Sin embargo, a veces su pedido por correo se puede retrasar. Si tiene un retraso en la recepción de su envío por correo, llame a Servicios para los miembros de AvMed (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si deben hacer el envío, retrasarlo o detener el nuevo pedido.

Resurtidos de medicamentos con receta de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si opta por no usar un programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 25 días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para los miembros de AvMed. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros de AvMed figuran en la contraportada de este folleto).

Si recibe un resurtido automáticamente por correo que no desea, puede que sea elegible para un reembolso.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo**

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento que ofrecen un costo compartido preferido de pedido por correo para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Otras farmacias minoristas tal vez no acepten los costos compartidos de pedido por correo. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. En el Directorio de *proveedores y farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros de AvMed para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan**En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto**

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para los miembros de AvMed** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Lo más probable es que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- Si se encuentra viajando dentro de los Estados Unidos, pero fuera del área de servicio del plan y se enferma o se queda sin sus medicamentos con receta, cubriremos recetas que obtenga en una farmacia fuera de la red si usted sigue todas las otras normas de cobertura identificadas en este folleto. En este caso, deberá pagar el costo total (en vez de pagar solo su copago) cuando obtenga los medicamentos con receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo presentando un formulario de reclamación.
- Antes de obtener los medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red, llamar a Servicios para los miembros de AvMed para que le informen si hay una farmacia de la red en el área donde está viajando. Si en esa área no hay farmacias de la red, cubriremos los

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D

medicamentos con receta que se obtengan en una farmacia fuera de la red, pero usted pagará más por sus medicamentos de lo que hubiera pagado si hubiera acudido a una farmacia de la red.

No podemos pagar por medicamentos con receta obtenidos en una farmacia fuera de los Estados Unidos.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal del costo compartido) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, la denominamos la “**Lista de medicamentos**” para abreviarla.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son solo los cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso del medicamento que esté en *una* de estas condiciones:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- *O bien*, avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos y biosimilares. Un medicamento de marca con receta es un medicamento con receta que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la lista de

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D

medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en vez de tener un formulario genérico, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico, pero por lo general cuestan menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay cinco “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos de bajo costo. Los copagos para los medicamentos de este nivel son los más bajos.
- Nivel 2 de costo compartido incluye medicamentos genéricos. Los copagos para los medicamentos de este nivel son más altos que los del Nivel 1.
- Nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos genéricos de costo más alto y medicamentos de marcas preferidas. Los copagos para los medicamentos de este nivel son más altos que los del Nivel 1 y el Nivel 2.
- Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos genéricos de alto costo y medicamentos no preferidos. Los copagos para los medicamentos de este nivel son más altos que los del Nivel 1, el Nivel 2 y el Nivel 3.
- Nivel 5 de costo compartido incluye medicamentos genéricos y medicamentos de marcas especiales. Su costo compartido para los medicamentos de este nivel es 33% del costo del medicamento.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D

En el Capítulo 6 (Lo que le corresponde pagar por *los medicamentos con receta de la Parte D*) se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo *compartido*.

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

Hay *tres* formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por vía electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.avmed.org). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para los miembros de AvMed para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos**Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?**

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para alentarle a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la manera más efectiva. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro y de bajo costo funciona médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarle a usted y a su proveedor a usar esa 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 los mismos medicamentos pueden variar en función de la fuerza, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y diferentes restricciones o costos compartidos pueden aplicarse a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus dos por día; tableta versus líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

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

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para los miembros de AvMed para obtener información sobre lo que usted o su proveedor deben hacer para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D

que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico. **Cuando hay una versión genérica de un medicamento de marca disponible, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica en vez del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo por el cual el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le hacen efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina “**autorización previa**”. Esto se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina “**tratamiento escalonado**”.

Límites en la cantidad

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

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que está tomando, o uno que usted y su proveedor piensan que debe estar tomando que no está en nuestro formulario o que está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- Puede ser que el medicamento no esté cubierto o tal vez una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no esté cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales en cuanto a la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí hay opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio de la cobertura y decidir qué hacer.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D

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

- **Si usted 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 el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un suministro máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de hasta 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia para 30 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.

Para preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros de AvMed.

Durante el tiempo en que está consumiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se acabe. Usted tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para saber si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros de AvMed y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que usted desea que la cubra. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D

Si usted es un miembro actual y un medicamento que está tomando será eliminado del formulario o restringido de alguna manera para el año que viene, le informaremos sobre cualquier cambio antes del año nuevo. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 explica qué hacer. Explica los procedimientos y los plazos que Medicare ha establecido para asegurarse de que su solicitud se trate de manera rápida y justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?
--

Si un medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted cree que es demasiado alto, hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los miembros de AvMed y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 explica qué hacer. Explica los procedimientos y los plazos que Medicare ha establecido para asegurarse de que su solicitud se trate de manera rápida y justa.

Los medicamentos del Nivel 5, el nivel especial, no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.
- Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.
- Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.
- Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad programada. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted está tomando.

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas, cuando se agregue el genérico.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D

- Quizás no le avisemos por anticipado antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que podrá tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, puede descubrirse que algún medicamento no es seguro o puede retirarse del mercado por algún otro motivo. Si esto ocurre, podríamos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
 - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas. También podemos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación sobre el cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o que satisfaga cualquier nueva restricción al medicamento que esté tomando.
 - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos hacer ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no le aplicará si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente le afectarán a partir del 1 de enero del próximo año del plan si usted permanece en el mismo plan.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (excepto por un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año del plan actual. Usted tendrá que revisar 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 le afectarán durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos
--

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se “excluyen”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo (a menos que nuestro plan cubra ciertos medicamentos excluidos dentro de la cobertura para medicamentos mejorada). Si apela y el medicamento solicitado no se encuentra excluido en la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos (Para obtener información sobre la apelación de una decisión, vaya al Capítulo 9).

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. “Uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D

- la cobertura del “uso para una indicación no autorizada” solo se permite cuando está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos detallados a continuación, mediante la cobertura de medicamentos mejorada, para lo cual se le puede cobrar una prima adicional. A continuación, se brinda más información).

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta (cobertura para medicamentos mejorada) que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre (cobertura para medicamentos mejorada). Estos incluyen medicamentos con receta específicos para pacientes externos para el tratamiento de la disfunción sexual, incluso disfunción eréctil, impotencia, y anorgasmia o hiporgasmia. También cubriremos vitamina D, ácido fólico, cianocobalamina (B12) inyectable y fitomenadiona (vitamina K oral). El monto que paga cuando obtiene un medicamento con receta para estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. (En la Sección 7 del Capítulo 6 de este folleto, se describe la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Además, si está **recibiendo “Ayuda adicional”** de parte de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, el programa “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Proporcionar la información de su membresía

Para obtener su medicamento con receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento con receta cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la información de su membresía?

Si usted no tiene la información de su membresía del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?

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

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el Directorio de *proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para los miembros de AvMed. Si usted reside en un

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D

centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D mediante nuestra red de farmacias LTC.

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

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

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura para medicamentos con receta de su empleador (o su cónyuge) o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

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

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es “acreditable”.

Si la cobertura del plan del grupo es “**acreditable**”, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare.

Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable porque es posible que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan de su empleador o grupo de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados o del empleador o sindicato.

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

Los hospicios y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento (p. ej., contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no está cubierto por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D

proveedor del hospicio deben informar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que debería cubrir nuestro plan, pida al proveedor del hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que nos notifique antes de pedir que surtan su medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos según lo descrito en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como estos:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D

Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus médicos y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si le colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinada(s) farmacia(s).
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de determinado(s) médico(s).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta explicará las limitaciones que consideramos que deberían aplicar para usted. También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra determinación o con respecto a la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

El DMP puede no aplicarse a su caso si usted tiene determinadas afecciones, como cáncer o drepanocitos, o si recibe atención en un hospicio, paliativo o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen altos costos de medicamentos o que están en un DMP para que los ayude a utilizar sus opioides de forma segura pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D

revisión, puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito con un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga la lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre el programa, comuníquese con Servicios para los miembros de AvMed.

CAPÍTULO 6:

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

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Hemos incluido un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros de AvMed y pida la “Cláusula adicional LIS”.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos
--------------------	---

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita saber los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Las secciones de la 1 a la 4 del Capítulo 5 explican estas normas.

Sección 1.2	Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos
--------------------	--

Hay diferentes tipos de costos que debe pagar de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido”; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El “**copago**” es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El “**coseguro**” es un porcentaje del costo total del medicamento que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.3 Cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo para los medicamentos con receta

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para darle un seguimiento a los costos que debe pagar de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo incluyen los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
 - La Etapa de cobertura inicial
 - La Etapa del período sin cobertura
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también* se incluyen si los efectúan en su nombre **otras personas u organizaciones**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa “Ayuda adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de \$7,400 en el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en su cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos con receta de Medicare normalmente no cubre.
- Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa del período sin la cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los Asuntos de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan al llamar a Servicios para los miembros de AvMed.

¿Cómo se puede llevar un registro total de los costos que paga de su bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos.** El resumen de la Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los \$7,400, este informe le indicará que ha dejado la Etapa del período sin cobertura y que ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de AvMed Medicare Premium Saver?
--

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura para medicamentos con receta según AvMed Medicare Premium Saver. El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Los detalles de cada etapa están en las secciones de la 4 a la 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa de deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa de período sin cobertura

Etapas 4: Etapa de cobertura catastrófica

Etapas	Etapas	Etapas	Etapas
Etapas 1	Etapas 2	Etapas 3	Etapas 4
<i>Etapas de deducible anual</i>	<i>Etapas de cobertura inicial</i>	<i>Etapas de período sin cobertura</i>	<i>Etapas de cobertura en situaciones catastróficas</i>
Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.	Comienza en esta etapa cuando obtiene el primer medicamento con receta del año. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Permanece en esta etapa hasta que los “costos totales de los medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) sumen un total de \$4,660. (Puede ver los detalles en la Sección 5 de este capítulo).	Para medicamentos Nivel 1, Red Preferida - \$0 Red Estándar - \$5 Para medicamentos Nivel 2, Red Preferida - \$0 Red Estándar - \$20 En el caso de los medicamentos de marca en Niveles 3, 4 y 5, usted paga el 25% del precio (además de una parte del costo de suministro). Durante esta etapa, el costo que paga de su bolsillo para determinadas insulinas será de \$25-\$35. Usted permanece en esta etapa hasta que los “costos que paga de su bolsillo” del año hasta la fecha (sus pagos) lleguen a un total de \$7,400. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma. (Puede ver los detalles en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2023). (Los detalles están en la Sección 7 de este capítulo).

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado “*Explicación de beneficios de la Parte D*” (“EOB de la Parte D”)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A esto se lo denomina costo **“que paga de su bolsillo”**.
- Llevamos un registro de los **“costos totales de sus medicamentos”**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Si obtuvo uno o más medicamentos con receta a lo largo del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”). La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- Información sobre los precios de los medicamentos. Esta información mostrará el precio total del medicamento y cualquier cambio de porcentaje desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo. Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido para cada reclamación de medicamento con receta que puedan estar disponibles.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta. En estos casos, no recibimos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, denos copias de sus recibos. Estos son algunos ejemplos de cuando debería darnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una “EOB de la Parte D”, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros de AvMed. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para AvMed Medicare Premium Saver

No hay deducible para AvMed Medicare Premium Saver. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta.

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

El plan tiene cinco niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1 de costo compartido incluye medicamentos genéricos de bajo costo. Los copagos para los medicamentos de este nivel son los más bajos.
- Nivel 2 de costo compartido incluye medicamentos genéricos. Los copagos para los medicamentos de este nivel son más altos que los del Nivel 1.
- Nivel 3 de costo compartido incluye medicamentos genéricos de costo más alto y medicamentos de marcas preferidas. Los copagos para los medicamentos de este nivel son más altos que los del Nivel 1 y el Nivel 2.
- Nivel 4 de costo compartido incluye medicamentos genéricos de alto costo y medicamentos no preferidos. Los copagos para los medicamentos de este nivel son más altos que los del Nivel 1, el Nivel 2 y el Nivel 3.
- Nivel 5 de costo compartido incluye medicamentos genéricos y medicamentos de marcas especiales. Su costo compartido para los medicamentos de este nivel es 33% del costo del medicamento.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia de venta minorista de la red.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido preferido.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la

Sección 2.5 del Capítulo 5 para saber cuándo cubriremos un medicamento con receta en una farmacia fuera de la red.

- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el Directorio de *proveedores farmacias* del plan.

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

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

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

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

Su parte del costo cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo estándar (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo preferido (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (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 detalles). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	\$5 copago	\$0 copago	No cubierto	No cubierto	\$0 copago	\$5 copago
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos no preferidos)	\$20 copago	\$0 copago	No cubierto	No cubierto	\$0 copago	\$20 copago
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marcas preferidas)	\$47 copago	\$40 copago	No cubierto	No cubierto	\$40 copago	\$47 copago
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	\$100 copago	\$80 copago	No cubierto	No cubierto	\$80 copago	\$100 copago

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo estándar (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo preferido (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (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 detalles). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos especiales)	33% coseguro	33% coseguro	No cubierto	No cubierto	33% coseguro	33% coseguro

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Puede haber ocasiones en las que su médico le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le dé un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejores fechas de resurtido para diferentes medicamentos.

Si recibe un suministro para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro para un mes completo.

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Debido a que el costo total de un medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, el monto que pagará será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba y no por el mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento <i>a largo plazo</i> (61 a 100 días)

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”). Un suministro a largo plazo es un suministro de 61 hasta 100 días.

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo.

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

El pedido por correo no está disponible para los medicamentos de Nivel 5.

Los suministros a largo plazo no están disponibles para los medicamentos de Nivel 5.

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

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) <i>(suministro de 100 días)</i>	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) <i>(suministro de 100 días)</i>	Costo compartido de pedido por correo estándar <i>(suministro de 100 días)</i>	Costo compartido de pedido por correo preferido <i>(suministro de 100 días)</i>
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	\$12.50 copago	\$0 copago	\$15 copago	\$0 copago
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos no preferidos)	\$50 copago	\$0 copago	\$60 copago	\$0 copago
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marcas preferidas)	\$118 copago	\$100 copago	\$141 copago	\$100 copago
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	\$250 copago	\$200 copago	\$300 copago	\$200 copago
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos especiales)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el Nivel 5	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el Nivel 5	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el Nivel 5	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el Nivel 5

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,660

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los **\$4,660 para la Etapa de cobertura inicial**.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para su límite de cobertura inicial o el total de los costos que paga de su bolsillo.

La EOB de la Parte D que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, así como cualquier otro tercero, han gastado en usted durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$4,660 en un año.

Le informaremos cuando alcance el monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura

Cuando usted está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Paga el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los gastos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Usted continúa pagando estos costos hasta que los pagos que paga de su bolsillo alcancen un monto máximo que Medicare ha fijado. Una vez que alcance este monto \$7,400, deja la Etapa de período sin cobertura y se mueve a la Etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo (Sección 1.3).

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Usted entra a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de \$7,400 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos. Usted pagará:

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será el coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
 - – Un – coseguro del 5% del costo del medicamento.
 - – o – \$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35 para todos los demás medicamentos.

SECCIÓN 8 Información de beneficios adicionales

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre (cobertura para medicamentos mejorada). Estos incluyen medicamentos con receta específicos para pacientes externos para el tratamiento de la disfunción sexual, incluso disfunción eréctil, impotencia, y anorgasmia o hiporgasmia. También cubrimos vitamina D, ácido fólico, cianocobalamina (B12) inyectable y fitomenadiona (vitamina K oral).

SECCIÓN 9 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios para los miembros de AvMed para obtener más información.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí misma**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **la administración de la vacuna**. (A veces se le denomina “colocación” de la vacuna).

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres elementos:

- 1. El tipo de vacuna** (para qué se la administran).

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte la *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* en el Capítulo 4).
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.

2. Donde recibe la vacuna.

- La vacuna se puede administrar en una farmacia o en el consultorio del médico.

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico puede dar la vacuna en la farmacia, u otro proveedor puede darla en el consultorio del médico.

Lo que paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la etapa de medicamentos en la que esté.

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna en sí como el de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando recibe la vacuna, tendrá que pagar solo su parte del costo según el beneficio de la Parte D.

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

Situación 1: Recibe su vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. Algunos estados no permiten que las farmacias den vacunas).

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna y el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la vacuna y su administración.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto que usted pagó menos el coseguro o copago normal por la vacuna (incluida la administración) menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por la administración de la vacuna menos la diferencia que exista entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

CAPÍTULO 7:

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

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

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama “reembolsar”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Puede haber plazos que debe cumplir para obtener un reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o posiblemente por más de lo que le corresponde de costo compartido como se menciona en el documento. Primero trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben cubrirse. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlo, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted todavía tiene derecho a tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de si el proveedor es parte de nuestra red. En estos casos,

- Usted es responsable de pagar solo su parte del costo por servicios de emergencia o de urgencia necesaria. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia. Si usted accidentalmente paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación para que coordinemos su reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para obtener un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos las farmacias que no son de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener un análisis de estas circunstancias.

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

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no

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

puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

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

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

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

Todos los ejemplos mencionados anteriormente son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envía la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro del año** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.avmed.org) o llame a Servicios para los miembros de AvMed y pida el formulario.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

AvMed, Inc.
P.O. Box 569008
Miami, Florida 33256

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

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y usted ha seguido todas las normas, pagaremos por la parte que nos corresponde del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de no cubrir el medicamento o la atención *médica* o si *usted no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se explicará las razones por las que no estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener los detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y consistente con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos aquellos con un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitada, incapacidad auditiva o aquellos con orígenes culturales y étnicos diversos. Ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos, conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros de AvMed.

Nuestro plan está obligado a dar a las mujeres afiliadas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red de servicios de atención de salud preventiva y rutinaria de la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar a los proveedores de especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido en la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubra un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio al costo compartido de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar a un especialista de la red, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para los miembros de AvMed (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a

consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de obtener una remisión. Puede consultar a un dermatólogo, quiropráctico y podólogo sin necesidad de obtener una remisión (consulte la Sección 2.2 del Capítulo 3 para obtener más información sobre las remisiones).

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

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

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

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

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos suministró 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 el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina “Notice of Privacy Practice” (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información de salud a cualquier persona que no le brinda atención ni paga por ella, tenemos la *obligación de primero obtener de usted o de alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre permiso por escrito*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes

y reglamentaciones federales; por lo general, esto requiere que la información que le identifique a usted de manera única no se comparta.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros de AvMed.

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

Al ser miembro de AvMed Medicare Premium Saver, usted tiene derecho a obtener distintos tipos de información de nosotros.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros de AvMed.

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está

cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo se puede solicitar que cambie una decisión, también llamada apelación.

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

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

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención de la salud. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, no importa lo que cuesten, o si están cubiertos por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

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

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **“instrucciones anticipadas”**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el **“testamento vital”** y el **“poder de representación para la atención médica”** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una “instrucción anticipada” para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para los miembros de AvMed para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarle una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la que puede tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

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

Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante la Agencia para la Administración de Servicios de Salud (Agency for Health Care Administration), División de Servicios al Consumidor (Division of Consumer Services), llamando al 1-888-419-3456.

Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado
--------------------	---

Si tiene problemas, inquietud, quejas y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento explica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya

sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

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

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la Oficina de **Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede llamar a **Servicios para los miembros de AvMed.**
- Puede llamar al **Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede llamar a **Servicios para los miembros de AvMed.**
- Puede llamar al **Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros de AvMed.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto para usted y las normas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 dan los detalles sobre sus servicios médicos
 - Los capítulos 5 y 6 dan los detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígale al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de la salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de hacer una pregunta y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe seguir pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - La mayoría de los miembros del plan debe pagar una prima para la Parte B de Medicare para poder seguir siendo miembros del plan. Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Si se le exige que pague una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe seguir pagando la multa para mantener su cobertura de medicamentos con receta.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar** al tanto de esto para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

*Qué debe hacer si tiene un problema
o una queja (decisiones de
cobertura, apelaciones, quejas)*

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso para presentar quejas**; también denominado interponer un reclamo.

Ambos procesos han sido autorizados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que debe nosotros y usted debemos seguir.

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado para utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales
--

Hay términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil (y a veces bastante importante) para usted conocer los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con más precisión para obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

Sección 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro tratamiento con usted, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicios para los miembros de AvMed, para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará números de teléfono y URL del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta están cubiertos o no, la manera en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago por atención médica o medicamentos con receta.

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, “Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No.

Vaya a la **Sección 10**, al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general
--------------------	---

Las decisiones y apelaciones de cobertura se refieren a problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para servicios médicos y medicamentos con receta, incluido el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su

solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo 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 un servicio, y no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Bajo ciertas circunstancias, que discutiremos más adelante, puede solicitar una “apelación rápida” de una decisión de cobertura. Su apelación la manejan revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de una apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión.

Si no desestimamos su caso, pero rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una Organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan. (Las apelaciones para servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para obtener una apelación de Nivel 2, no es necesario hacer nada) Para apelaciones para medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se examinan más adelante en la Sección 6 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación (La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

Estos son recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios para los miembros de AvMed**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia para seguros de salud.

- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá de Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para los miembros de AvMed, solicite el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.avmed.org).
 - Para atención médica o medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es negada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se niega su apelación de Nivel 1, su médico o la persona autorizada para recetar puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros de AvMed y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.avmed.org). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de haber recibido la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una Organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado** para que actúe por usted. Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?
--------------------	---

Existen cuatro diferentes situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una Sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada, en un hospicio y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para los miembros de AvMed. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el programa SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención
--------------------	--

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: tabla de *beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. Para mantener las cosas sencillas, por lo general nos referimos a la “cobertura de atención médica” o “atención médica”, que incluye artículos y servicios médicos, así como también medicamentos con receta de la Parte B. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las normas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

NOTA: si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), debe leer las secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican normas especiales para este tipo de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina “determinación de la organización” .
Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “decisión acelerada” .

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

Por lo general, una “decisión de cobertura estándar” se toma dentro de un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una “decisión de cobertura rápida” se toma dentro de las 72 horas, para servicios médicos o 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Solo puede solicitar cobertura para atención médica *que aún no haya recibido*.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física*.
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.

- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que usaremos los plazos estándar.
 - Explique que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Explique que puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

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

Para decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de que recibamos su solicitud **de un artículo o servicio médico.** Si está solicitando un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo, o si necesitamos más información **que** pueda beneficiarle, podemos tomar hasta 14 días más si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para decisiones de cobertura rápida, utilizamos un período de tiempo acelerado

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más que pueda beneficiarle, **podemos tomar hasta 14 días más**. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

- Si decimos que no, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar de nuevo que obtenga la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que está yendo al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: cómo hacer una apelación de Nivel 1
--

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina “reconsideración” del plan.
Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Por lo general, una “apelación estándar” se hace dentro de un plazo de 30 días. Por lo general, una “apelación rápida” se hace dentro de un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos dice que su salud requiere 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” que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Pídale a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si está solicitando una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si está solicitando una apelación rápida, haga su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra

respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada incluyen una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación.** Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos, posiblemente nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una “apelación rápida”

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** automáticamente enviaremos nuestra decisión por escrito a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una “apelación estándar”

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si está solicitando un

medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

- Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos tomar hasta 14 días más si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta para la fecha correspondiente indicada (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o en un plazo de **7 días calendario** si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces se la denomina “**IRE**” (del inglés “Independent Review Entity”).

La **Organización de revisión independiente** es una organización independiente que **contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: la Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**

- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una “apelación rápida” en el Nivel 1, también se le concederá una “apelación rápida” en el Nivel 2

- Para la “apelación rápida” la organización de revisión debe darle una respuesta en un plazo de **72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una “apelación estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de **los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en disputa en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las

solicitudes estándares. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.

- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión
 - Notificándole sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un mínimo determinado. La notificación por escrito que obtenga de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto están en la notificación por escrito que obtiene después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?
--

El Capítulo 7 describe cuándo puede necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y siguió todas las normas, le enviaremos el pago por nuestra parte del costo en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. Para apelaciones sobre el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere solamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”. También utilizamos el término “lista de medicamentos” en lugar 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 que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una “ determinación de cobertura ”.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una excepción sobre la cobertura del plan para un medicamento (como los límites sobre la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la preaprobación de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos que le reembolsemos. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?
--

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, “ excepción al Formulario ”.
Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, “ excepción al Formulario ”.
Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una “ excepción de nivel ”.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese 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 otra persona autorizada para recetar tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita la excepción aprobada. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos cubrir un medicamento que no en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos en el Nivel 4. No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le solicitamos que pague por el medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto. El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en el monto del copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior. Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

- Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por un monto de costo compartido menor. Este sería el costo de nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para el tratamiento de su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido para cualquier medicamento de Nivel 5 (nivel especializado).
- Si aprobamos su excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión haciendo una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina una “ determinación de cobertura acelerada ”.

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

Las “decisiones de cobertura estándar” se toman en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. **Las “decisiones de cobertura rápida”** se toman en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida” Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar la decisión de cobertura rápida para que se le devuelva un reembolso por un medicamento que ya compró).

- Utilizar los plazos estándar puede causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico o la persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que usaremos los plazos estándar.
 - Explique que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Explique cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja en un plazo de 24 horas a partir de la recepción.

Paso 2: Solicitar una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 tiene información de contacto. Los miembros pueden solicitar una decisión de cobertura (excepción) a través de nuestro sitio web en www.avmed.org. Inicie sesión en el portal de miembros para acceder al formulario. Si necesita asistencia, comuníquese con Servicios para los miembros de AvMed, (los números de teléfono están impresos en la última página de este folleto). Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación denegada está siendo apelada.

Usted, su médico (o la persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la “declaración de apoyo”,** que son las razones médicas para la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de apoyo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de apoyo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede hacer una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar de nuevo que obtenga la cobertura de medicamentos que desea. Si hace una apelación, significa que está yendo al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: cómo hacer una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama “redeterminación”.

Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación acelerada”.

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Por lo general, una “apelación estándar” se hace dentro de un plazo de 7 días. Por lo general, una “apelación rápida” se hace dentro de un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas 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” que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y hacer su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-800-782-8633.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada incluyen una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación. Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar” para un medicamento que aún no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar” sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente.
- Si **aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si **rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2
--

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ” (del inglés “Independent Review Entity”).
--

La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable sobre la determinación de “riesgo” bajo nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación al IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**

- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La Organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una “apelación rápida”, la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

Plazos para la “apelación estándar”

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de que reciba su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para “apelaciones rápidas”:

- **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Para “apelaciones estándar”:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle un pago en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad de** su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama

“confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando cumple con un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Informándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto están en la notificación escrita que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la “**fecha del alta**”.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos
--

En un plazo de dos días después de ser admitido en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (*Un mensaje importante*

de Medicare sobre sus derechos). Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de una persona en el hospital (por ejemplo, un trabajador de casos o una enfermera), pídselo a un empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros de AvMed, o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Le dice:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estancia en el hospital.
- Dónde informar sobre cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar que se posponga la fecha de alta para cubrir su atención hospitalaria por un período más largo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no da su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. Guarde la copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros de AvMed, o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros de AvMed. O llame a su Programa Estatal de Asistencia de seguro médico, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Compruebe si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman 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 del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque 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 rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
 - **Si usted cumple con este plazo**, se lo autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y todavía desea apelar, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

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. Para el mediodía del día después **de** que

nos contacten, le daremos un Aviso detallado de alta. Este aviso da su fecha de alta prevista y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para los miembros de AvMed, o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (“los revisores”) le preguntarán (o a su representante) por qué cree que la cobertura para los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que dé su fecha de alta prevista. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión dice *que sí*, **debemos seguir proporcionando sus servicios de hospitalización cubiertos durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión dice que *no*, están diciendo que su fecha de alta prevista es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.**
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que **deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que

reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad ha rechazado su *apelación* y se queda en el hospital después de su fecha de alta prevista, entonces puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión dentro de **un plazo de 60 días calendario** *después* de que la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto están en la notificación por escrito que obtiene después de su decisión de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Términos legales

A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “ apelación acelerada ”.
--

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó antes, debe actuar rápidamente para iniciar una apelación de Nivel 1 de su fecha de alta hospitalaria. Si no alcanza el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra manera de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 alternativa

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

- **Pida una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una “revisión rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada.

Comprobamos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que todavía necesita estar en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces es **posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 alternativa

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ” (del inglés “Independent Review Entity”).

La Organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos devolverle la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta prevista. Debemos seguir brindando la cobertura del plan para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
 - La notificación por escrito que obtenga de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que es manejada por un juez de derecho administrativo o un mediador.

Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 de apelación.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.

Sección 8.1	<i>Esta sección solo se refiere a tres servicios: atención de la salud en el hogar, atención de centros de enfermería especializada y Servicios integrales de rehabilitación para pacientes externos (CORF)</i>
--------------------	--

Cuando recibe **servicios de salud en el hogar, una atención de enfermería especializada o una atención de rehabilitación (Servicio Integral de rehabilitación para pacientes externos)** tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención mientras se necesite la atención para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Términos legales

“Aviso de cobertura de Medicare”. Se le indica cómo puede solicitar una **“apelación rápida”**. Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. Recibirá un aviso por escrito por lo menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le dice:

- La fecha en que dejaremos de cubrir la atención.
- Cómo solicitar una “apelación rápida” para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención por un período más largo.

2. A usted, o alguien que actúe en su nombre, se le pedirá que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió. La firma del aviso *solo* muestra que ha recibido la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo con la decisión del plan de detener la atención.**

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros de AvMed. O llame a su Programa Estatal de Asistencia de seguro médico, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de fin de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención de la salud que paga el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre

cuándo es hora de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Haga su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y solicite una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque 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 rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el Aviso de no cobertura de Medicare.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y todavía desea apelar, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Términos legales
“ Explicación detallada de no cobertura ”. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (“los revisores”) le preguntarán, o a su representante, por qué cree que la cobertura para los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué pasa si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué pasa si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que *no*, entonces **su cobertura terminará en la fecha que le hemos comunicado.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan su apelación del Nivel 1 *y usted* decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación del Nivel 2.

Sección 8.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo 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 deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada, atención en un hospicio, o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después de* la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión dentro de **un plazo de 60 días** después *de* que la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que se tomó en su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto están en la notificación escrita que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó antes, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su primera apelación (en un día o dos como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 alternativa

Términos legales
A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

- **Pida una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita servicios más tiempo y seguiremos proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica en el hogar, o atención en centros de enfermería especializada o en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso *pasará automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ” (del inglés “Independent Review Entity”).

Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos en su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión debe ser cambiada. **La Organización de revisión independiente es una organización independiente**

que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviamos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos devolverle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
- El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacer esto están en la notificación escrita que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Una apelación del Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado 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 puede seguir apelando. La respuesta por escrito que recibe a su apelación de Nivel 2 le explica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizarle o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez administrativo o del mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo niega nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no terminar.** A diferencia de

una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar esta decisión al Nivel 5.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
- Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *si* aceptar o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Primera Instancia.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura** para medicamentos que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones**

aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de recibir la decisión.

- **Si su apelación se rechaza, el proceso *de* apelaciones puede concluir o *no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura** para medicamentos que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o *no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y qué hacer después si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *si* aceptar o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Primera Instancia.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de queja *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestros Servicios para los miembros de AvMed? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por Servicios para los miembros de AvMed u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Es difícil de comprender la información que le hemos dado por escrito?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si ha pedido que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrirle o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos los plazos necesarios para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
• Una “queja” también se denomina “reclamo”. • “Presentar una queja” también es “interponer un reclamo”. • “Usar el proceso para presentar una queja” también se denomina “usar el proceso para interponer un reclamo”. • Una “queja rápida” también se denomina “reclamo acelerado”.

Sección 10.3 Paso a paso: presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros de AvMed. Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros de AvMed se lo indicará.
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Puede presentar su reclamo a más tardar 60 días después del evento. Servicios para los miembros de AvMed, investigará el fondo de la queja, incluido cualquier aspecto de la

atención clínica, recopilando cualquier información necesaria para resolver la queja. Si está interponiendo un reclamo con respecto a nuestra decisión de no llevar a cabo una Determinación o Reconsideración acelerada de la Organización, aceleraremos nuestra revisión y le responderemos en un plazo de 24 horas.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema del que se desea quejar.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida”.** Si se le ha concedido una “queja rápida”, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos** de acuerdo con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta para usted.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que les paga el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- O
- **Puede presentar su queja a la Organización para la mejora de la calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre AvMed Medicare Premium Saver directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Cancelación de su membresía en el
plan*

SECCIÓN 1 Introducción a cancelar su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en AvMed Medicare Premium Saver puede ser **de forma voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación voluntaria de su membresía.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el “Período de inscripción abierta anual”). Este es el momento para revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- El **Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** puede:
 - Cambiar a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de AvMed Medicare Premium Saver pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones le corresponde. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC).

Los períodos de inscripción varían dependiendo de su situación.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Generalmente, su **membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare distinto, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede:

- **Llamar a Servicios para los miembros de AvMed.**
- Puede encontrar la información en el manual *de Medicare y Usted de 2023*.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en el plan AvMed Medicare Premium Saver se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su inscripción en el plan AvMed Medicare Premium Saver se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para los miembros de AvMed, si necesita más información sobre cómo hacerlo. - También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. - Su inscripción en el plan AvMed Medicare Premium Saver se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que se cancele su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- Continúe utilizando nuestras farmacias de la red *o pedido por correo* para obtener sus medicamentos recetados.**

- Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará, generalmente, cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 AvMed Medicare Premium Saver, debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

AvMed Medicare Premium Saver debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para los miembros de AvMed, para averiguar si el lugar al que se está mudando o viajando está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o ya no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros de AvMed.

Sección 5.2	<u>No</u> podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud
--------------------	---

AvMed Medicare Premium Saver no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece 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), las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, 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 la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros de AvMed. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), AvMed Medicare Premium Saver, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. En el Capítulo 9, se explica sobre las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio: área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el Formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: un auxiliar de atención de la salud a domicilio brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención de la salud a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios como

fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por una consulta con el médico o por un medicamento con receta.

Coseguro: un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los servicios o medicamentos con receta. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico. Es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su “costo compartido diario” es de \$1 por día. Esto significa que paga \$1 por cada día del suministro cuando obtiene su medicamento con receta.

Costo compartido estándar: es el costo compartido estándar que no es el costo compartido preferido que ofrece una farmacia de la red.

Costo compartido preferido: costo compartido preferido significa un costo compartido menor para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta. El costo de suministro cubre costos tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de “costo compartido”. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro “paga de su bolsillo”.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos ortésicos y protésicos: estos son los dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos, se incluyen dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas,

muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado \$7,050 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos totales de los medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año alcancen \$4,430.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el Formulario del patrocinador de su plan (una excepción al Formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación del saldo: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de AvMed Medicare Premium Saver, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Hospicio: un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

Hospitalización: una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2 se incluye más información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su Formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

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 ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: lo más que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo. Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte en la Sección 4 del Capítulo 2 la información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o plan Medicare con “pago por servicio”): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

Período de beneficios: La manera en que nuestro plan y Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en 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 es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, y también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción anual: un tiempo establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare. El Período de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional: un plan de necesidades especiales en el que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo

plazo. Estos centros de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) pueden incluir centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facilities, SNF), centros de atención de enfermería (nursing facility, NF) o ambos, centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID), o un centro psiquiátrico para pacientes internados. Para que un plan institucional de necesidades especiales brinde servicios a las personas con Medicare que residen en centros de atención a largo plazo, este debe tener un acuerdo contractual con los centros de atención a largo plazo específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional equivalente: un plan de necesidades especiales institucional en el que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratada, si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**. Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Plan PACE: un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (long-term care, LTC) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible, mientras obtienen los servicios de atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: un programa que les brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuentos.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted tenga la atención que necesita para mantenerse saludable. El PCP puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre los proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los beneficiarios nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Queja: el nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas

relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también “Reclamo” en esta lista de definiciones.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos: es el término general que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere de atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones. Para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para los miembros de AvMed, consulte el Capítulo 2.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Servicios para los miembros de AvMed Medicare Premium Saver

Método	Servicios para los miembros de AvMed – información de contacto
LLAME AL	1-800-782-8633 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles para asistirlo del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 9 a.m. a 1 p.m. Servicios para los miembros de AvMed también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles para asistirlo del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 9 a.m. a 1 p.m.
FAX	305-671-4736
ESCRIBA A	AvMed, Inc. P.O. Box 569008 Miami, Florida 33256
SITIO WEB	www.avmed.org

Programa Department of Elder Affairs “SHINE”: (Florida SHIP)

El programa Department of Elder Affairs “SHINE” es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8771 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	SHINE Program Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way Tallahassee, FL 32399-7000 Fax: 850-414-2004 Email: information@elderaffairs.org
SITIO WEB	www.floridashine.org

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-882-8633. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-882-8633. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-882-8633。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-882-8633。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-882-8633. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-882-8633. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-882-8633 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-882-8633. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-882-8633 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-882-8633. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-822-8633. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-882-8633 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-882-8633. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-882-8633. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-882-8633. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-882-8633. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-882-8633にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。