



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud, y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de AmeriHealth Medicare PPO

Este documento le brinda información sobre su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Le rogamos que lo conserve en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con nuestro Equipo de Atención para Miembros al 1-866-569-5190. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Disponible los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y los días festivos comprendidos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede enviarse al buzón de voz. Esta llamada es gratuita.

AmeriHealth Insurance Company of New Jersey ("AmeriHealth") ofrece este plan, AmeriHealth Medicare PPO. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* hace referencia a "nosotros", "nos" o "nuestro", significa AmeriHealth Insurance Company of New Jersey. Cuando hace referencia a "plan" o "nuestro plan", significa AmeriHealth Medicare PPO).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Para recibir este documento en un formato alternativo como Braille, en letras grandes o en audio, comuníquese con nuestro Equipo de Atención para Miembros.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2025.

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

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

- la prima de su plan y el costo compartido;
- sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda, y
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Y0041_H5361_AH_24_113758_C

Evidencia de Cobertura 2024**Índice**

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN BÁSICA COMO MIEMBRO	5
SECCIÓN 1	Introducción
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan?
SECCIÓN 3	Material importante de membresía que recibirá.....
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para AmeriHealth Medicare PPO
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual
SECCIÓN 6	Cómo mantener actualizado el registro de membresía del plan
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>.....	18
SECCIÓN 1	Contactos de AmeriHealth Medicare PPO (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo ponerse en contacto con nuestro Equipo de Atención para Miembros)
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener asistencia e información directamente del programa federal de Medicare)
SECCIÓN 3	State Health Insurance Assistance Program (Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico) (ayuda gratis, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad
SECCIÓN 5	Social Security
SECCIÓN 6	Medicaid.....
SECCIÓN 7	Información sobre programas para ayudar a las personas a que paguen sus medicamentos recetados
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Railroad Retirement Board
SECCIÓN 9	¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?.....
CAPÍTULO 3: <i>Uso del plan para sus servicios médicos</i>.....	35
SECCIÓN 1	Aspectos importantes que necesita saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan
SECCIÓN 2	Uso de proveedores de la red y fuera de la red para obtener su atención médica
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o una necesidad de atención urgente o durante un desastre
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le envían la factura del costo completo de sus servicios?
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?
SECCIÓN 6	Reglas para recibir atención en una institución religiosa no médica de atención de salud
SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de los equipos médicos duraderos.....
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)</i>	48
SECCIÓN 1	Entender los gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos.....
SECCIÓN 2	Cómo utilizar la <i>tabla de beneficios médicos</i> para saber qué tiene cobertura y cuánto deberá pagar.....
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

CAPÍTULO 5: <i>Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D</i>	142
SECCIÓN 1 Introducción	143
SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de compra por correo del plan.....	143
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben aparecer en la “Lista de medicamentos” del plan	146
SECCIÓN 4 Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos.....	148
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de los medicamentos no tiene la cobertura que usted desea que tenga?.....	149
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si la cobertura para uno de sus medicamentos cambia?	152
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	154
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta	155
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	156
SECCIÓN 10 Programas acerca de la seguridad y la administración de medicamentos.....	157
CAPÍTULO 6: <i>Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D</i>	160
SECCIÓN 1 Introducción	161
SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende del periodo de pago de medicamentos en el que se encuentre cuando lo obtiene	164
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que detallan los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra	164
SECCIÓN 4 En la etapa de deducible, paga el costo total de los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5.....	165
SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan pagará su parte del costo de sus medicamentos y usted pagará la suya.....	166
SECCIÓN 6 Costos en la etapa de interrupción de la cobertura	179
SECCIÓN 7 En la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D	179
SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que pague depende de cómo y dónde las obtenga	180
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o los medicamentos cubiertos</i>	182
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos	183
SECCIÓN 2 Cómo solicitar el reembolso o el pago de una factura que ha recibido	185
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y le responderemos sí o no.....	186
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>	187
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y características culturales como miembro del plan	188
SECCIÓN 2 Como miembro del plan, usted tiene algunas responsabilidades	193
SECCIÓN 3 Comunicaciones con los miembros	194
CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)</i>	196
SECCIÓN 1 Introducción	197
Sección 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	197

SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para resolver su problema?	198
SECCIÓN 4	Guía de conceptos básicos sobre decisiones de cobertura y apelaciones	198
SECCIÓN 5	Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	201
SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación.....	208
SECCIÓN 7	Cómo solicitar que cubramos una estadía más prolongada en el hospital como paciente internado si considera que le están dando el alta muy pronto	217
SECCIÓN 8	Cómo solicitar que continuemos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura finalizará muy pronto	223
SECCIÓN 9	Llevar la apelación al nivel 3 y niveles posteriores	229
SECCIÓN 10	Cómo presentar un reclamo sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otros problemas	231
CAPÍTULO 10: Finalizar su membresía en el plan		235
SECCIÓN 1	Introducción a cómo finalizar su membresía en nuestro plan	236
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	236
SECCIÓN 3	¿Cómo finalizar su membresía en nuestro plan?	238
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo los artículos y servicios médicos, y los medicamentos a través de nuestro plan	239
SECCIÓN 5	AmeriHealth Medicare PPO debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones	239
CAPÍTULO 11: Notificaciones legales.....		241
SECCIÓN 1	Aviso sobre ley vigente	242
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación	242
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	242
SECCIÓN 4	Aviso sobre reporte de fraude, derroche y abuso	242
SECCIÓN 5	Información adicional sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	243
SECCIÓN 6	Aviso de prácticas de privacidad	244
CAPÍTULO 12: Definiciones de términos importantes.....		245

CAPÍTULO 1:

Introducción básica como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 **Está inscrito en AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO o AmeriHealth Medicare Ultimate PPO, que son planes PPO de Medicare**

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, AmeriHealth Medicare PPO. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de Medicare Original.

AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO son planes de Medicare Advantage PPO (PPO significa Preferred Provider Organization [Organización de Proveedores Preferidos]). Como todos los planes de salud de Medicare, este PPO de Medicare está aprobado por Medicare y lo dirige una compañía privada.

La cobertura de este plan califica como una Qualifying Health Coverage (QHC, cobertura de salud calificada) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Patient Protection and Affordable Care Act (ACA, Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio). Visite el sitio web del Internal Revenue Service (IRS, Servicio de Rentas Internas) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

En este documento de *Evidencia de Cobertura* se le informa cómo obtener su atención médica y medicamentos recetados. Se le explican sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos, y a los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de AmeriHealth Medicare PPO.

Es importante que aprenda cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique tiempo para revisar este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con nuestro Equipo de Atención para Miembros.

Sección 1.3 **Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura***

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted, en el que se informa de qué manera AmeriHealth Medicare PPO cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y todos los avisos que recibe de nuestra parte sobre los cambios en su cobertura o las condiciones que afectan su cobertura. A veces, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los que está inscrito en AmeriHealth Medicare PPO, entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de AmeriHealth Medicare PPO

después del 31 de diciembre de 2024. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centers for Medicare & Medicaid Services [Centros de Servicios de Medicare y Medicaid]) debe aprobar el plan AmeriHealth Medicare PPO todos los años. Puede continuar obteniendo cada año la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre queelijamos continuar ofreciéndolo y que Medicare renueve su aprobación.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para la membresía de nuestro plan siempre que:

- Tenga tanto Medicare Parte A como Medicare Part B.
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (en la Sección 2.2 a continuación, se describe nuestra área de servicio). No se considera a las personas encarceladas como personas que viven en la zona geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- y --que sea un ciudadano de los Estados Unidos o esté viviendo legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para AmeriHealth Medicare PPO

AmeriHealth Medicare PPO está disponible solo para las personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. A continuación, se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de New Jersey: Atlantic, Burlington, Camden, Gloucester, Mercer, Middlesex, Ocean.

Si planea mudarse fuera de nuestra área de servicio del plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan. Póngase en contacto con nuestro Equipo de Atención para Miembros para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Periodo especial de inscripción que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Social Security (Seguro Social) si se va a mudar o va a cambiar de dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Social Security en la Sección 5 del Capítulo 2.

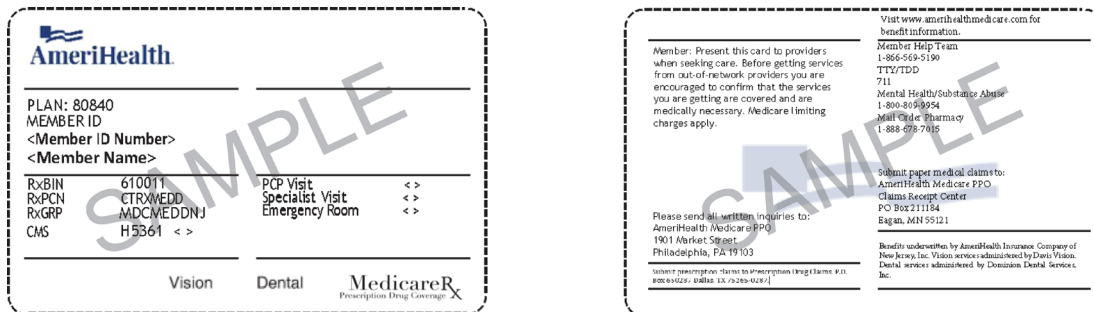
Sección 2.3 Ciudadano de EE. UU. o presencia legal

Los miembros de un plan de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar presentes legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centers for Medicare & Medicaid Services) informará a AmeriHealth Medicare PPO si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. AmeriHealth Medicare PPO debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Material importante de membresía que recibirá

Sección 3.1 La tarjeta de membresía de su plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía siempre que quiera obtener los servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtiene en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Esta es una tarjeta de membresía de muestra para que pueda conocerla:



NO use su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de AmeriHealth Medicare PPO, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Conserve su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede solicitar que muestre la tarjeta si necesita servicios hospitalarios, servicios de centros de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

En caso de daño, pérdida o robo de su tarjeta de membresía del plan, llame de inmediato a nuestro Equipo de Atención para Miembros y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *directorio de proveedores/farmacias* incluye los proveedores actuales de nuestra red y los abastecedores de equipos médicos duraderos. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica con los que hemos establecido un acuerdo para que acepten nuestro pago y todo costo compartido del plan como pago completo.

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores que están dentro o fuera de la red, en tanto los servicios sean beneficios cubiertos y sean necesarios por razones médicas. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica.

El *Directorio de proveedores y farmacias* también incluye las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que acordaron surtir los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para

encontrar la farmacia de la red que quiera utilizar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar las farmacias que no se encuentran dentro de la red del plan.

El *Directorio de proveedores y farmacias* también le informará qué farmacias en nuestra red tienen un costo compartido preferido, que puede ser menor que el costo compartido convencional que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

La lista más actualizada de proveedores, abastecedores y farmacias también se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.amerihealthmedicare.com/directory.

Si no tiene el *directorio de proveedores/farmacias*, puede pedir una copia (de forma electrónica o impresa) a nuestro Equipo de Atención para Miembros. Las solicitudes del *directorio de proveedores/farmacias* impreso se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Le llamaremos la “Lista de medicamentos” para simplificar. Le informa qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D que se incluye en AmeriHealth Medicare PPO. Los medicamentos en esta lista fueron seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la lista de medicamentos de AmeriHealth Medicare PPO.

La lista de medicamentos también le indica si hay alguna regla que restringe 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.amerihealthmedicare.com) o llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para AmeriHealth Medicare PPO

Los costos pueden incluir lo siguiente:

- La prima del plan (Sección 4.1)
- La prima mensual de Medicare Part B (Sección 4.2)
- La multa por inscripción tardía a la Parte D (Sección 4.3)
- El ajuste mensual por ingreso (Sección 4.4)

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser más baja (AmeriHealth Medicare Enhanced PPO).

Hay programas que ayudan a personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen los programas de “Ayuda Adicional” y Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal. En el Capítulo 2, en la Sección 7, se proporciona más información acerca de estos programas. Si califica, la inscripción en el programa podría bajar su prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y está recibiendo ayuda por parte de uno de estos programas, **la información acerca de las primas en esta *Evidencia de Cobertura* podría no corresponderle a usted.** Le enviamos un suplemento separado, que se denomina *Enmienda de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos recetados* (también conocida como enmienda de subsidio por bajos ingresos o enmienda LIS), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este suplemento, llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros y solicite la enmienda LIS.

Las primas de Medicare Part B y Parte D son diferentes para las personas con diferentes ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y usted 2024*, en la sección denominada *Costos de Medicare para 2024*. Si necesita una copia, puede descargarla desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO: Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. La tabla a continuación muestra el importe de la prima mensual del plan para cada plan que estamos ofreciendo en el área de servicio.

AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO: no paga una prima mensual del plan por separado para AmeriHealth Medicare PPO.

Plan	Condados de Atlantic, Burlington, Camden, Gloucester, Mercer, Middlesex y Ocean
	Prima mensual para 2024
AmeriHealth Medicare Core PPO	\$0.00
AmeriHealth Medicare Enhanced PPO	\$37.30
AmeriHealth Medicare Secure PPO	\$0.00
AmeriHealth Medicare Ultimate PPO	\$0.00

Sección 4.2

La prima mensual de Medicare Part B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

Además de pagar la prima mensual del plan, si corresponde, **debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye su prima por la Parte B. También puede incluir una prima por la Parte A, que afecta a miembros que no son elegibles para una Parte A libre de primas.

Reducción de la prima de la Parte B (AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO)

Reduciremos la prima de la Parte B que paga a la Social Security Administration (Administración del Seguro Social) a \$57 por mes para AmeriHealth Medicare Secure PPO y a \$117 por mes para AmeriHealth Medicare Ultimate PPO. Si usted paga su prima de la Parte B de forma mensual, verá este monto en dólares impactado en su cuenta del Social Security. Si paga su prima de la Parte B de forma trimestral, verá un monto igual a tres meses de reducciones impactado en su estado de cuenta de prima de la Parte B trimestral. Puede tomar algunos meses ver el impacto de estas reducciones, ya sea en su cuenta o en su estado de cuenta del Social Security, pero se le reembolsará cualquier crédito que no haya recibido durante este periodo de espera.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía a la Parte D

Se les solicita a algunos miembros que paguen una **multa por inscripción tardía** a la Parte D. La multa por inscripción tardía a la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento luego de que el periodo de inscripción inicial haya finalizado, pasa un periodo de 63 días corridos o más en los que no posea una cobertura de medicamentos de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados válida. La cobertura válida de medicamentos recetados es una que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El importe de su multa por inscripción tardía dependerá del periodo que esperó hasta inscribirse en una cobertura de medicamentos de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados válida. Deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO: La multa por inscripción tardía a la Parte D se suma a su prima mensual. Cuando se inscriba inicialmente en **AmeriHealth Medicare PPO**, le informaremos el monto de la multa.

AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO: Cuando se inscriba inicialmente en **AmeriHealth Medicare PPO**, le informaremos el monto de la multa.

No deberá pagarla si:

- Recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días corridos sin una cobertura válida.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos válida por medio de otra fuente, como ser un antiguo empleado, haber formado parte de un sindicato, TRICARE o del Department of Veterans Affairs (Departamento de Asuntos Veteranos). Cada año, su aseguradora o su departamento de recursos humanos le indicará si su cobertura de medicamentos actual es válida. Esta información puede enviarse en una carta o incluida en el boletín del plan. Guarde esta información porque es posible que la necesite si más adelante se une al plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura válida de medicamentos recetados por la que se espera que pague lo mismo que el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes coberturas de medicamentos recetados *no* son válidas: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de medicamentos con descuento.

Medicare determina el monto de la multa. Así es como funciona:

- Si usted pasó 63 días o más sin una cobertura de la Parte D o alguna otra cobertura de medicamentos recetados válida después de haber sido elegible para inscribirse en la Parte D, el plan contará el número de meses completos en los que usted no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare establece el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. Para 2024, el monto de la prima promedio es de \$34.70.

- Para calcular la multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y redondee al múltiplo de 10 centavos más cercano. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por \$34.70, que es igual a \$4,858. Esto se redondea a \$4.90. Este monto se sumaría **a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía a la Parte D.**

Hay tres cosas importantes a tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía a la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar todos los años** porque la prima mensual promedio puede variar cada año.
- Segundo, **usted continuará pagando la multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de Medicare Part D, incluso si luego cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía a la Parte D se reinicia cuando cumple 65. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía a la Parte D dependerá solo de los meses en los que no haya tenido cobertura después del periodo de inscripción inicial para poder envejecer bajo el cuidado de Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía a la Parte D, usted o su representante pueden pedir una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** desde la fecha de la primera carta que recibió en la que se indicaba que tenía que 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 esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Ajuste mensual por ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo extra, conocido como Income Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA, ajuste mensual por ingreso) de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado según figura en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este monto es superior a cierto monto, usted pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según su nivel de 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 Social Security, no su plan de Medicare, le enviará una carta para indicarle cuál será ese monto. El monto adicional se deducirá del cheque de beneficios del Social Security, de la Railroad Retirement Board (RRB, Junta de Retiro Ferroviario) o de la Office of Personnel Management (Oficina de Administración de Personal), independientemente de cómo pague normalmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para pagar el monto adicional, recibirá una factura de Medicare.

Debe pagar el monto adicional al Gobierno. No se puede pagar junto con la prima mensual de su plan. Si no paga el monto adicional, será desafiliado del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

Si no está de acuerdo con el pago del monto adicional, puede solicitar al Social Security que reconsidere su decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, contáctese con el Social Security al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 AmeriHealth Medicare Enhanced PPO: existen varias maneras en las que puede pagar la prima de su plan. AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO: si paga una multa por inscripción tardía a la Parte D, tiene varias maneras de pagar su multa

Existen cinco maneras en las que puede pagar la prima o la multa de su plan. Para cambiar su método de pago actual, comuníquese con nuestro Equipo de Atención para Miembros. Si es nuevo en el plan AmeriHealth Medicare PPO, puede indicar su elección de pago en el formulario de inscripción o llamar a nuestro Equipo de Atención para Miembros para recibir ayuda.

Opción 1: Pagar con cheque

Pago directo: la factura de la prima mensual se envía a su casa. Usted extiende un cheque pagadero a AmeriHealth Medicare PPO (no pagadero a los Centers for Medicare & Medicaid Services [CMS] ni al Department of Health and Human Services [HHS, Departamento de Salud y Servicios Humanos]) y nos lo envía directamente.

Si está inscrito en un plan que cobra una prima mensual o usted paga la multa por inscripción tardía a la Parte D, debe tener en cuenta lo siguiente:

- Recibirá una factura alrededor del día 25 de cada mes.
- Su prima vence el día 15 de cada mes, a menos que se especifique lo contrario en su factura.
- Su banco puede aplicar una multa a su cuenta si se devuelve su cheque por fondos insuficientes.

Los cheques se deben enviar por correo a:

AmeriHealth Medicare PPO
PO Box 825420
Philadelphia, PA 19182-5420

No escriba notas ni correspondencia para nosotros en la factura de la prima.

Opción 2: Puede pagar su prima o multa por inscripción tardía a la Parte D en nuestro sitio web

Los miembros que realizan un pago directo y están registrados en nuestro sitio web en www.amerihealth.com/login podrán consultar o pagar sus facturas directamente en línea cuando inicien sesión en www.amerihealth.com/login. Puede pagar directamente desde su cuenta bancaria a través de nuestro sitio para miembros.

Para programar los pagos, debe crear un perfil de cuenta bancaria y, luego, seleccionar una fecha de pago. Los pagos se pueden programar para que se debiten una sola vez o mensualmente.

Queda excluido de esta opción si seleccionó las siguientes opciones de pago: Electronic Funds Transfer (EFT, Transferencia electrónica de fondos) (opción 3), deducciones de pago directo de su cheque de beneficios de la Railroad Retirement Board (opción 4) o deducciones de pago directo de su cheque mensual del Social Security (opción 5).

Para obtener más información con respecto a esta opción de pago, póngase en contacto con nuestro Equipo de Atención para Miembros.

Opción 3: Que su prima mensual del plan o su multa por inscripción tardía a la Parte D se debiten automáticamente de su cuenta bancaria

EFT: una manera completamente automática y computarizada de pagar su prima mensual o de que se deduzca su multa por inscripción tardía a la Parte D directamente de su cuenta bancaria.

Las deducciones de EFT se realizan mensualmente entre el día 5 y 15 de cada mes. La deducción no se realizará durante los fines de semanas o los días festivos. En ese caso, la deducción se realiza el día hábil siguiente.

Si está interesado en la opción de EFT, comuníquese con nuestro Equipo de Atención para Miembros.

Después de completar la solicitud de EFT, siga pagando su prima mensual o multa por inscripción tardía a la Parte D directamente al plan hasta que reciba la confirmación de la inscripción en el programa de EFT. Para evitar el pago en exceso, puede especificar una fecha de inicio para la EFT cuando la seleccione como su método de pago. En el caso de que ocurra un pago en exceso, puede solicitar que se le reembolse el monto o se aplique como crédito en el pago del próximo mes. La EFT automática puede demorar de uno a dos ciclos de facturación para entrar en vigencia a partir de la fecha de su solicitud de inscripción.

Opción 4: Que la prima del plan o la multa por inscripción tardía a la Parte D se descuenten de su cheque mensual de beneficios de la Railroad Retirement Board (RRB)

Puede pedir que la prima del plan o la multa por inscripción tardía a la Parte D se descuenten de su cheque mensual de beneficios de la Railroad Retirement Board (RRB, Junta de Retiro Ferroviario). Para obtener más información sobre cómo pagar de esta forma, comuníquese con nuestro de Equipo de Atención para Miembros. Estaremos a su disposición para ayudarlo a preparar esta forma de pago.

Opción 5: Que la prima del plan o la multa por inscripción tardía a la Parte D se descuenten de su cheque mensual del Social Security

Cómo cambiar la manera en que paga la prima o la multa por inscripción tardía a la Parte D. Si decide cambiar la manera en que paga la prima o la multa por inscripción tardía a la Parte D, puede demorar hasta tres meses para que el método de pago nuevo entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un método de pago nuevo, debe asegurarse de pagar a tiempo la prima de su plan o la multa por inscripción tardía a la Parte D. Para cambiar su método de pago, comuníquese con nuestro Equipo de Atención para Miembros o inicie sesión en www.amerihealth.com/login para cambiarlo directamente. Si es nuevo en el plan, puede indicar su elección de pago en el formulario de inscripción o llamar a nuestro Equipo de Atención para Miembros para solicitar ayuda.

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar la prima o la multa por inscripción tardía a la Parte D

La prima del plan o la multa por inscripción tardía a la Parte D vencen en nuestra oficina el día 15 de cada mes. Si no recibimos el pago de la prima o de la multa para el día 28 del mes, le enviaremos un aviso para informarle que su cuenta tiene un saldo pendiente. Si se le solicita pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D, debe pagar la multa para conservar su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar su prima o la multa por inscripción tardía a la Parte D, si las debe, a tiempo, comuníquese con nuestro Equipo de Atención para Miembros para que podamos derivarlo a programas que lo ayudarán a pagar sus costos.

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

No.

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO: no podemos cambiar el importe que cobramos por la prima mensual del plan durante el año.

AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO: no podemos comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año.

Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, le avisaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO: Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que usted tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si es elegible para el programa “Ayuda Adicional” o si pierde la elegibilidad para ese programa durante el año. Si un miembro califica para “Ayuda Adicional” con sus costos de medicamentos recetados, el programa pagará una parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierda la elegibilidad durante el año necesitará comenzar a pagar la prima mensual completa. Puede obtener más información sobre el programa “Ayuda Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO: Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la debe, o que deba comenzar a pagarla. Esto podría suceder si es elegible para el programa “Ayuda Adicional” o si pierde la elegibilidad para ese programa durante el año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía a la Parte D y se vuelve elegible para recibir “Ayuda Adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la elegibilidad para Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si transcurren 63 días consecutivos o más en los que no tiene una cobertura de medicamentos de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados.

Puede obtener más información sobre el programa “Ayuda Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado el registro de membresía del plan

El registro de membresía incluye información sobre su formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura del plan específica, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Los proveedores de la red usan el registro de membresía para conocer qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de los costos compartidos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Avísenos acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como la cobertura de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, la compensación del trabajador o Medicaid)
- Si posee alguna reclamación por responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico
- Si fue admitido en una residencia para ancianos
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la persona responsable designada (como un cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** no está obligado a decirle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que planea participar, pero le sugerimos que lo haga)

Si alguna parte de esta información cambia, avísenos llamando a nuestro Equipo de Atención para Miembros.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare requiere que recolectemos información sobre usted acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta que enumera todas las demás coberturas de seguro médico o de medicamentos recetados que conocemos. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta o posee otra cobertura que no se menciona, llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros. Puede que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que confirme su identidad) para que las facturas se paguen de manera correcta y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura médica grupal del empleador), hay reglas establecidas por Medicare que deciden si paga primero nuestro plan o el otro seguro. El seguro que paga primero se denomina pagador principal y paga hasta el límite de su cobertura. El que paga segundo, denominado pagador secundario, solo paga si hay costos que no cubrió la cobertura principal. Puede que el pagador secundario no pague todos los costos que no se cubrieron. Si posee otro seguro, avíseles a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si posee una cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan médico grupal se basa en su empleo actual o en el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador

y si tiene Medicare por su edad, incapacidad o una End-Stage Renal Disease (ESRD, enfermedad renal en etapa final):

- Si tiene menos de 65 y tiene una discapacidad, y usted o su familiar todavía están trabajando, su plan médico grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o si, por lo menos, un empleador en un plan de empleador múltiple tiene más de 100 empleados.
- Si tiene más de 65 y usted o su cónyuge o pareja doméstica siguen trabajando, su plan de salud del grupo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si, por lo menos, un empleador en un plan de empleador múltiple tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan médico grupal pagará primero durante los primeros 30 meses desde que se volvió elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro del automotor)
- Responsabilidad (incluido el seguro del automotor)
- Beneficios por enfermedad de pulmón negro
- Compensación del trabajador

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono y
recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de AmeriHealth Medicare PPO

(cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo ponerse en contacto con nuestro Equipo de Atención para Miembros)

Cómo comunicarse con nuestro Equipo de Atención para Miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o para realizar preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Equipo de Atención para Miembros de AmeriHealth Medicare PPO. Estaremos a su disposición para ayudarlo.

Método	Equipo de Atención para Miembros: información de contacto
TELÉFONO	1-866-569-5190 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede enviarse al correo de voz. Nuestro Equipo de Atención para Miembros también tiene servicios de interpretación de idiomas gratis disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede enviarse al correo de voz.
FAX	215-761-0300
CORREO POSTAL	AmeriHealth Medicare PPO 1901 Market Street Philadelphia, PA 19103
SITIO WEB	www.amerihealthmedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su cuidado médico

Una decisión de cobertura es una decisión que se toma sobre los beneficios y la cobertura o sobre el monto que pagaremos por los servicios médicos o los medicamentos recetados de la Parte D. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o realizar una apelación sobre su cuidado médico o sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Decisiones de cobertura para el cuidado médico: información de contacto
TELÉFONO	1-888-YOUR-AH1 (1-888-968-7241) Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede enviarse al correo de voz.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede enviarse al correo de voz.
FAX	1-888-289-3029 215-238-7960
CORREO POSTAL	AmeriHealth Medicare PPO Clinical Precertification 1901 Market Street Philadelphia, PA 19103
SITIO WEB	www.amerihealthmedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que nosotros tomamos acerca de los beneficios y la cobertura o sobre el importe que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos conforme al beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre la solicitud de decisiones de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Decisiones de cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	1-888-678-7015 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede enviarse al correo de voz.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede enviarse al correo de voz.
FAX	1-888-671-5285
CORREO POSTAL	Prior Authorization Department PO Box 25183 Santa Ana, CA 92799
SITIO WEB	www.amerihealthmedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando realiza una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que ya tomamos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o realizar una apelación sobre su cuidado médico o sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Apelaciones sobre la atención médica y los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	1-866-569-5190 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede enviarse al correo de voz.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede enviarse al correo de voz.
FAX	1-888-289-3008 215-988-2001
CORREO POSTAL	AmeriHealth Medicare PPO Medicare Member Appeals Unit PO Box 13652 Philadelphia, PA 19101-3652
SITIO WEB	www.amerihealthmedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando realiza un reclamo sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red o farmacias, incluso un reclamo sobre la calidad de su cuidado. Este tipo de reclamo no incluye las controversias sobre cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Reclamos sobre el cuidado médico o los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	1-866-569-5190 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede enviarse al correo de voz.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede enviarse al correo de voz.
FAX	1-888-289-3008 215-988-2001
CORREO POSTAL	AmeriHealth Medicare PPO Medicare Member Appeals Unit PO Box 13652 Philadelphia, PA 19101-3652
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre AmeriHealth Medicare PPO directamente a Medicare. Para enviar un reclamo en línea a Medicare, diríjase a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde presentar una solicitud de reembolso de nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

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

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
TELÉFONO	Por reclamaciones de atención médica (Parte C): 1-866-569-5190 Por reclamaciones de medicamentos recetados (Parte D): 1-888-678-7015 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede enviarse al correo de voz.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede enviarse al correo de voz.
FAX	1-888-289-3029 215-238-7960
CORREO POSTAL	Por reclamaciones de atención médica (Parte C): AmeriHealth Claims Receipt Center PO Box 211184 Eagan, MN 55121 Por reclamaciones de medicamentos recetados (Parte D): Part D Payment Requests PO Box 650287 Dallas, TX 75265-0287
SITIO WEB	www.amerihealthmedicare.com

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener asistencia e información directamente del programa federal de Medicare)

Medicare es un programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con incapacidades y personas con enfermedad renal en etapa final (falla permanente del riñón que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare es CMS. Esta agencia contrata a organizaciones de Medicare Advantage, como nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solamente para personas que tienen dificultades de audición o habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	<p data-bbox="521 289 769 321">www.medicare.gov</p> <p data-bbox="521 338 1409 569">Este es el sitio web oficial del Gobierno de Medicare. Le proporciona información actualizada acerca de Medicare y asuntos actuales de Medicare. También brinda información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de cuidados de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="521 590 1406 684">El sitio web de Medicare también posee información detallada sobre su elegibilidad y opciones de inscripción a Medicare con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="521 705 1393 1024" style="list-style-type: none"><li data-bbox="521 705 1305 772">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.<li data-bbox="521 793 1393 1024">• Buscador de planes de Medicare: proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan un <i>presupuesto</i> de cuáles podrían ser los gastos de su bolsillo en los diferentes planes de Medicare. <p data-bbox="521 1045 1386 1108">También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier reclamo que tenga sobre AmeriHealth Medicare PPO:</p> <ul data-bbox="521 1129 1414 1329" style="list-style-type: none"><li data-bbox="521 1129 1414 1329">• Informe a Medicare sobre su reclamo: Puede presentar un reclamo sobre AmeriHealth Medicare PPO directamente a Medicare. Para presentar un reclamo a Medicare, diríjase a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus reclamos y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p data-bbox="521 1350 1414 1614">Si no posee una computadora, puede usar la computadora de la biblioteca local o de un centro para adultos mayores donde posiblemente puedan ayudarlo a visitar el sitio web. O bien, puede llamar a Medicare y solicitarles la información que está buscando. Buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>

SECCIÓN 3 State Health Insurance Assistance Program (Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico) (ayuda gratis, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP, Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En New Jersey, el programa SHIP se denomina NJ SHIP.

NJ SHIP es un programa estatal independiente (que no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del Gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de NJ SHIP pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, a presentar reclamos sobre su atención o tratamiento médicos, y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de NJ SHIP también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare, así como ayudarlo a comprender las elecciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (haga clic en SHIP LOCATOR [localizador de SHIP] en el medio de la página).
- Seleccione su **STATE (ESTADO)** de la lista. Esto lo dirigirá a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	NJ SHIP (SHIP de New Jersey): información de contacto
TELÉFONO	1-800-792-8820 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
CORREO POSTAL	Division of Aging Services New Jersey Department of Human Services PO Box 715 Trenton, NJ 08625-0715
SITIO WEB	www.state.nj.us/humanservices/doas/home/

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

En cada estado, hay una Quality Improvement Organization (Organización para el Mejoramiento de la Calidad) exclusiva para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare. En New Jersey, la Quality Improvement Organization se denomina Livanta.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de atención para las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está vinculada a nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió.
- Cree que la cobertura de su internación va a terminar muy pronto.
- Cree que la cobertura de atención médica en el hogar, la atención en centros de enfermería especializada o servicios de Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF, Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios) va a terminar muy pronto.

Método	Livanta (Quality Improvement Organization de New Jersey): información de contacto
TELÉFONO	1-866-815-5440 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; sábados y domingos de 11:00 a. m. a 3:00 p. m. El servicio de buzón de voz está disponible las 24 horas.
TTY	1-866-868-2289 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solamente para personas que tienen dificultades de audición o habla.
CORREO POSTAL	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Social Security

El Social Security es el responsable de determinar la elegibilidad para Medicare y de administrar las inscripciones al programa. Son elegibles para Medicare los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes que tengan 65 años o más o que posean una incapacidad o enfermedad renal en etapa final y cumplan con ciertas condiciones. Si ya está recibiendo cheques del Social Security, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Social Security, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Social Security o visitar su oficina local del Social Security.

El Social Security también es el responsable de determinar quién tiene que pagar un importe adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene ingresos más altos. Si recibió una carta del Social Security que le indicaba que tiene que pagar el importe adicional y tiene preguntas sobre el importe o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Social Security para solicitarles una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique con el Social Security para avisarles.

Método	Social Security: información de contacto
TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios de teléfonos automatizados del Social Security para obtener la información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solamente para personas que tienen dificultades de audición o habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa federal y estatal conjunto que brinda asistencia para gastos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus gastos de Medicare, como las primas. Estos **Programas de Ahorro de Medicare** incluyen lo siguiente:

Programa para Qualified Medicare Beneficiary (QMB, Beneficiarios Calificados de Medicare): ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y otros costos compartidos (como los deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).

Programa para Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB, Beneficiarios Específicos de Medicare de Bajos Ingresos): ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).

Programa para Qualifying Individual (QI, Individuos Calificados): ayuda a pagar las primas de la Parte B.

Programa para Qualified Disabled & Working Individuals (QDWI, Individuos Incapacitados y Empleados Calificados): ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la Office of Medical Assistance Programs (OMAP, Oficina de Programas de Ayuda Médica) del Department of Public Welfare (Departamento de Bienestar Social) de New Jersey.

Método	Division of Medical Assistance and Health Services (División de Asistencia y Servicios Médicos) del Department of Human Services (Departamento de Servicios Humanos) de New Jersey: información de contacto
TELÉFONO	1-800-701-0710
CORREO POSTAL	NJ Department of Human Services/Division of Medical Assistance and Health Services PO Box 712 Trenton, NJ 08625-0712
SITIO WEB	https://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/home/

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a que paguen sus medicamentos recetados

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

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados a las personas que poseen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su hogar o auto. Si califica, obtiene asistencia para pagar cualquier prima mensual, el deducible anual y los copagos de medicamentos del plan de medicamentos de Medicare. Esta “Ayuda Adicional” también cuenta a favor de los gastos de su bolsillo.

Si califica automáticamente para la “Ayuda Adicional”, Medicare le enviará una carta. No deberá presentar la solicitud. Si no califica automáticamente, quizás pueda obtener “Ayuda Adicional” para pagar las primas y los gastos de sus medicamentos recetados. Para consultar si califica para obtener Ayuda Adicional, comuníquese con alguno de los siguientes contactos:

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

Si cree que calificó para la “Ayuda Adicional” y que está pagando un importe incorrecto de los costos compartidos cuando obtiene su medicamento recetado en la farmacia, nuestro plan estableció un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener una evidencia de su nivel de copago correspondiente o, si ya la posee, para proporcionárnosla.

- Puede solicitar asistencia para obtener esta evidencia llamando a nuestro Equipo de Atención para Miembros. Si ya posee la documentación (por ejemplo, una copia de su tarjeta de Medicaid u otra documentación de la oficina estatal de Medicaid) debería enviarla a:

AmeriHealth Medicare PPO
1901 Market Street
Philadelphia, PA 19103

- Cuando recibamos la evidencia que muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda hacer el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento recetado en la farmacia. Si paga de más en su copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el importe que pagó de más o lo compensaremos en copagos futuros. Si la farmacia no le cobró el copago y usted le adeuda dicho copago, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Si tiene preguntas adicionales, comuníquese con nuestro Equipo de Atención para Miembros.

¿Qué sucede si posee cobertura de un State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP, Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica)?

Muchos estados y las Virgin Islands de los EE. UU. ofrecen ayuda para pagar los medicamentos recetados, las primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP, Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica) o en algún otro programa que proporcione cobertura de los medicamentos de la Parte D (que no sea la “Ayuda Adicional”), aun así, recibirá el descuento del 70% en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los gastos de los medicamentos de marca en la etapa de interrupción de la cobertura. Tanto el descuento del 70% como el 5% pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes del SPAP u otra cobertura.

¿Qué sucede si posee cobertura del AIDS Drug Assistance Program (ADAP, Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA)?

¿Qué es el AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?

El AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ayuda a las personas que cumplen con los requisitos y que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Los medicamentos recetados de Medicare Part D que también están en el formulario de ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de los medicamentos recetados a través del AIDS Drug Distribution Program (ADDP, Programa de Distribución de Medicamentos para el sida) de New Jersey.

Nota: Para ser elegible para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, como una prueba de residencia en el estado y condición de VIH, condición de ingresos bajos según los define el estado y estado de persona no asegurada o subasegurada. Si se cambia de plan, informe a su agente de inscripciones local de ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o la inscripción en el programa, llame al AIDS Drug Distribution Program de New Jersey al 1-877-613-4533 para recibir más información.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados poseen programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a que las personas paguen los medicamentos recetados según las necesidades financieras, la edad, la afección médica o las incapacidades. Cada estado posee reglas diferentes para brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En New Jersey, el State Pharmaceutical Assistance Program se denomina Pharmaceutical Assistance to the Aged and Disabled (PAAD, Asistencia Farmacéutica para Personas Mayores y con Discapacidad).

Método	PAAD (State Pharmaceutical Assistance Program de New Jersey): información de contacto
TELÉFONO	1-800-792-9745
CORREO POSTAL	Pharmaceutical Assistance to the Aged and Disabled (PAAD) PO Box 715 Trenton, NJ 08625-0715

Método	PAAD (State Pharmaceutical Assistance Program de New Jersey): información de contacto
SITIO WEB	https://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/paad/index.html

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Railroad Retirement Board

La Railroad Retirement Board es una agencia federal independiente que administra los programas de beneficios integrales de los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Railroad Retirement Board, es importante que les avise si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre los beneficios de la Railroad Retirement Board, comuníquese con la agencia.

Método	Railroad Retirement Board: información de contacto
TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la 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”, puede acceder a la línea de ayuda automática de la RRB, la información grabada y los servicios automatizados las 24 horas, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es solamente para personas que tienen dificultades de audición o habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a nuestro Equipo de Atención para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar por los beneficios de salud, las primas o el periodo de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). (Los teléfonos del Equipo de Atención para Miembros se encuentran en la contratapa de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare dentro de este plan.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

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

CAPÍTULO 3: *Uso del plan para sus servicios médicos*

SECCIÓN 1 Aspectos importantes que necesita saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar el plan para obtener la atención médica cubierta. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que necesitará seguir para obtener los tratamientos médicos, los servicios, los equipos, los medicamentos recetados y otra atención médica que están cubiertos por el plan.

Para obtener información detallada sobre qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto paga cuando obtiene esta atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [qué tiene cobertura y qué debe pagar]*).

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

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica que tienen una licencia estatal para ofrecer atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye a los hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos, otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de costos compartidos como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que proporcionen los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted solamente paga su parte del costo de sus servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos para el cuidado médico están enumerados en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se discuten en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener la atención médica cubierta por el plan

Como plan de salud de Medicare, AmeriHealth Medicare PPO debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe cumplir con las reglas de cobertura de Medicare Original.

Por lo general, AmeriHealth Medicare PPO cubrirá su atención médica siempre que se cumpla lo siguiente:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere necesaria por razones médicas.** “Necesario por razones médicas” significa que los servicios, los suministros, los equipos o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Recibe la atención de un proveedor que sea elegible para prestar servicios dentro de Medicare Original.** Como miembro de nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo).

- Los proveedores en nuestra red se enumeran en el *Directorio de proveedores/farmacias*.
- Si usa un proveedor fuera de la red, su parte del costo de sus servicios cubiertos puede ser más alta.
- Tenga en cuenta lo siguiente: aunque pueda recibir su atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Con la excepción de la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si se dirige a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Compruebe con su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que es elegible para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Uso de proveedores de la red y fuera de la red para obtener su atención médica

Sección 2.1 Usted puede elegir un primary care provider (PCP, proveedor de atención primaria) para que proporcione y supervise su atención médica

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

Cuando se convierte en miembro de AmeriHealth Medicare PPO, puede seleccionar un médico del plan como su proveedor de atención primaria. Todos los proveedores de atención primaria cumplen con los requisitos estatales y están capacitados para proporcionar atención médica básica. Un proveedor de atención primaria generalmente es un médico de familia, generalista o un internista que conoce la red del plan y puede derivarlo a un especialista del plan cuando sea necesario. No necesita la aprobación de su proveedor de atención primaria para visitar a un especialista. Necesita la autorización previa de nuestro plan para recibir algunos servicios cubiertos de la red, según se establece en la Sección 2.2 a continuación.

Su PCP le proporcionará la atención médica básica y lo ayudará a organizar o coordinar los servicios cubiertos que recibe como miembro del plan. Estos servicios cubiertos incluyen:

- radiografías;
- terapias;
- atención de médicos que son especialistas, y
- atención de seguimiento.

¿Cómo elige su PCP?

Como miembro de AmeriHealth Medicare PPO, puede seleccionar un PCP para coordinar su atención. Un PCP no es obligatorio, pero le sugerimos que elija uno.

Independientemente de que ya tenga un PCP o que esté buscando uno, nuestro *directorio de proveedores/farmacias* lo ayudará a confirmar el estado dentro de la red o encontrar un médico de la red de su plan que mejor se adapte a sus necesidades. Nuestra herramienta en línea *Find a Provider* (Encuentre un proveedor) puede ayudarlo a encontrar proveedores dentro de la red (médicos, hospitales u otros centros médicos). Nuestra herramienta en línea *Find a Provider* está disponible en www.amerhealthmedicare.com/providerfinder.

Hay dos formas para seleccionar un PCP:

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

- Para seleccionar su PCP en línea, inicie sesión o regístrese en www.amerhealth.com/login.
- O bien, llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros, que puede ayudarle a encontrar y seleccionar in PCP.

Una vez que haya seleccionado su PCP, recibirá una tarjeta de identificación de miembro actualizada con el nombre, el número de teléfono y la información del laboratorio de su PCP.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y usted deba buscar uno nuevo; de lo contrario, pagará más por los servicios cubiertos.

Para cambiar su PCP, llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros o inicie sesión o regístrese en www.amerhealth.com/login. El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la solicitud de cambio. Si llama, asegúrese de informar al representante del Equipo de Atención para Miembros si consulta a algún especialista o recibe los servicios cubiertos que su PCP aprobó (como los servicios de salud en el hogar y los equipos médicos duraderos). Entonces, el representante del Equipo de Atención para Miembros:

- lo ayudará a continuar recibiendo la atención especializada y los servicios cubiertos cuando cambie su PCP;
- verificará que el PCP elegido esté aceptando pacientes nuevos, y
- cambiará su registro de membresía para que figure allí el nombre del nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin tener que ser remitido por su PCP?

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin pedir la aprobación por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, lo que incluye exámenes mamarios, mamografías de detección (radiografías de las mamas), exámenes de Papanicolau y exámenes pélvicos.
- Vacunas antigripales, contra la COVID-19 y contra la neumonía.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red y de proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, que se prestan cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente, o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y por alguna razón médica.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no puede acceder a él de forma temporal. El costo compartido que paga al plan para la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted opta por recibir servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido para la diálisis puede ser más alto. Si es posible, infórmenos antes de que

salga del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar los servicios de diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una determinada enfermedad o parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Aquí encontrará algunos ejemplos:

- Los oncólogos brindan atención a los pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos brindan atención a los pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas brindan atención a los pacientes con cierto tipo de afecciones en los huesos, las articulaciones o los músculos.

Si necesita atención especializada, no tiene que ser remitido para consultar a un especialista, un especialista en salud mental/del comportamiento u otros proveedores de la red para recibir servicios dentro de la red. Sin embargo, debe obtener una aprobación con anticipación para obtener ciertos procedimientos o servicios cubiertos. Esto se denomina autorización previa. En la parte de la red de un PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si el médico u otro proveedor de la red reciben la autorización previa otorgada por el plan. En un PPO, no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red, pero le sugerimos que nos contacte para recibirla. Nuestro plan determinará si el servicio que está solicitando es médicamente necesario y está autorizado según las reglas de nuestro plan. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se señalan en la tabla de beneficios médicos de la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Para encontrar un profesional o un especialista en salud mental/conductual dentro de la red, visite www.amerihealthmedicare.com/directory.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandonan nuestro plan?

Podemos realizar cambios con respecto a los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista abandona su plan, usted posee ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados. Le informaremos de que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo para seleccionar un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le informaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le informaremos si tiene designado el proveedor con el que recibe atención actualmente o si lo ha consultado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un proveedor nuevo y calificado dentro de la red para que pueda acceder a la atención continua.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico o una terapia con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que no se interrumpan el tratamiento o la terapia necesarios por razones médicas que está recibiendo, y nosotros trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Le brindaremos información sobre los diferentes periodos de inscripción que están disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar los planes.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

- Administraremos cualquier beneficio cubierto y necesario por razones médicas que está fuera de nuestra red de proveedores, pero a un costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o un beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para cubrir sus necesidades médicas. En estas instancias, se requiere autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista va a dejar nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.
- Si considera que no le proporcionamos un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que la atención no se está administrando de manera apropiada, tiene derecho a presentar un reclamo por la calidad de la atención a la Quality Improvement Organization (QIO, Organización para la Mejora de la Calidad), una queja formal por la calidad de la atención al plan o ambas opciones. Consulte el Capítulo 9.

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

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tengan contrato con nosotros no tienen la obligación de tratarlo, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores que están dentro o fuera de la red, en tanto los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, **si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.** Otros aspectos importantes que debe conocer acerca de utilizar proveedores fuera de la red:

- Puede recibir su atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, en la mayoría de los casos, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Con la excepción de la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable de pagar el costo completo de los servicios que recibe. Compruebe con su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que es elegible para participar en Medicare.
- No necesita una remisión ni una autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, debería pedir una decisión de cobertura previa a la visita para confirmar que los servicios que está recibiendo están cubiertos y son necesarios por razones médicas. (Consulte la Sección 4 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura). Esto es importante porque:
 - Sin una decisión de cobertura previa a la visita, si más tarde determinamos que los servicios no están cubiertos o no eran necesarios por razones médicas, podemos negar la cobertura y usted será el responsable de pagar el costo completo. Si le decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo*) para saber cómo hacer una apelación.
- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que facture al plan primero. Pero, si usted ya pagó los servicios cubiertos, le pagaremos nuestra parte del costo. O bien, si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted cree que nosotros deberíamos pagar, puede enviárnosla para que la paguemos. Consulte el Capítulo 7 (Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o los medicamentos cubiertos) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita pedir un reembolso.

- Si está utilizando un proveedor fuera de la red para atención de emergencia, servicios necesarios con urgencia o diálisis fuera de la zona, puede que no tenga que pagar un monto de costo compartido más alto. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre estas situaciones.

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer si tiene una?

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted o cualquier otra persona prudente sin conocimiento especializado y con un conocimiento promedio de salud y medicina consideran que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si está embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida de una función corporal o daños graves en ella. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga asistencia lo más rápido posible.** Llame al 911 para solicitar asistencia o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* necesita conseguir primero la aprobación ni la remisión de su PCP. No necesita utilizar un médico de la red. La atención médica de emergencia tiene cobertura siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no son parte de nuestra red. Nuestro plan también brinda cobertura en caso de emergencias internacionales o atención de urgencia fuera de los Estados Unidos. Consulte el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [qué tiene cobertura y qué debe pagar]*) para obtener más información. Para obtener asistencia, llame al Equipo de Atención para Miembros para obtener información si saldrá de los Estados Unidos.
- **Asegúrese de avisar lo más rápido posible a nuestro plan sobre su emergencia.** Necesitamos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted o alguien más deben llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. El número para llamarnos está ubicado en el reverso de su tarjeta de identificación de membresía.

¿Qué cobertura tiene en caso de una emergencia médica?

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

Los médicos que le estén brindando atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y cuándo su emergencia médica termina.

Después de que termine la emergencia médica, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que nos contacten y planeen la atención adicional. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento.

Si recibe su atención de seguimiento de proveedores fuera de la red, pagará los costos compartidos fuera de la red más altos.

¿Qué sucede si no fue una emergencia médica?

A veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede acudir para recibir atención de emergencia, pensando que su salud corre un grave peligro, y el médico puede decir que no fue una emergencia médica después de todo. Si resulta que no era una emergencia, siempre que haya pensado racionalmente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, el monto del costo compartido que pagará dependerá de si recibe la atención de proveedores de la red o proveedores fuera de la red. Si recibe la atención de proveedores de la red, su parte de los costos, por lo general, será menor que si recibe la atención de proveedores fuera de la red.

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando necesita servicios de manera urgente

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio que se necesita de manera urgente es una situación de no emergencia que requiere atención médica de inmediato pero que, dadas sus circunstancias, no es posible o razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia que se prestaron fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan de manera urgente son i) un dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentra temporalmente fuera de la zona de servicio.

Como miembro de nuestro plan, puede recibir atención en un centro de atención de urgencia dentro de la red o fuera de la red por el mismo monto del costo compartido. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información detallada sobre los copagos. Puede encontrar los centros de atención de urgencia de nuestra red en el *directorio de proveedores/farmacias*, en nuestro sitio web www.amerihealthmedicare.com/directory o llamando a nuestro Equipo de Atención para Miembros. Asegúrese de avisar lo más rápido posible a nuestro plan sobre su atención. Necesitamos realizar un seguimiento de su atención. Usted o alguien más deben llamar para informarnos sobre su atención, generalmente dentro de las 48 horas. El número para llamarnos se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Nuestro plan también brinda cobertura en caso de emergencias internacionales o atención de urgencia fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

Usted o cualquier otra persona prudente con conocimiento promedio de salud y medicina creen que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o del funcionamiento de una extremidad o pérdida o daños graves a una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Usted requiere los servicios que se necesitan de manera urgente para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevistas que no son emergencias y que requieren una atención médica de inmediato.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aun así, tiene derecho a la atención por parte de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.amerihealthmedicare.com, para obtener información sobre cómo recibir atención necesaria durante un desastre.

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

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le envían la factura del costo completo de sus servicios?

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más de su parte por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo completo de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Solicitar que abonemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo completo

AmeriHealth Medicare PPO cubre todos los servicios necesarios por razones médicas como se indican en la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, usted es el responsable de pagar el costo completo de los servicios.

Por los servicios cubiertos que tienen un límite del beneficio, usted también paga el costo completo de cualquier servicio que obtenga después de haber agotado su beneficio para el tipo de servicio cubierto. Si paga los servicios una vez que alcanzó el límite del beneficio para dichos servicios o para servicios que no están cubiertos por Medicare Original, los gastos de su bolsillo no contarán a favor del gasto máximo de su bolsillo. Puede llamar a nuestro Equipo de Atención para Miembros cuando quiera saber cuánto ha utilizado ya del límite del beneficio.

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 *ensayo clínico*) es una manera en la que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, qué tan bien funciona un medicamento nuevo para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Para los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente se solicitan voluntarios para que participen en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese su interés, alguien que trabaja en él se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos a cargo de llevar a cabo el estudio. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos de este y que comprenda y acepte por completo lo que implica que usted participe en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos dice que está en un ensayo clínico calificado, sólo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya ha pagado el monto del costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá presentar documentación que nos muestre cuánto ha pagado. Cuando esté en un estudio de investigación clínica, podrá permanecer inscrito en nuestro plan y continuar obteniendo el resto de su atención (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que consiga nuestra autorización. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan formar parte de nuestra red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable, entre los que se incluyen, como componente, un ensayo o un registro clínico para evaluar el beneficio. Estos incluyen algunos beneficios específicos de acuerdo con las national coverage determinations (NCD, determinaciones nacionales de cobertura) y los investigational device trials (IDE, ensayos de dispositivos en investigación), y pueden estar sujetos a una autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no necesite recibir la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, que está cubierto por Medicare Original para los inscritos en Medicare Advantage, le recomendamos que nos informe con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

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

- Habitación y comida para una internación que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio.

- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo importe por los servicios que recibe como parte del estudio como lo haría si recibiese estos servicios por parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto ha pagado del costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pagos.

Aquí encontrará un ejemplo sobre cómo funcionan los costos compartidos: supongamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. También supongamos que su parte de los costos para esta prueba es de \$20 dentro de Medicare Original, pero la prueba costaría \$10 dentro de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Medicare Original. Luego, informaría a su plan que recibió un servicio de un ensayo clínico calificado y enviaría la documentación, como una factura del proveedor, al plan. Luego, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de parte de su plan, debe presentar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

- En general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio esté probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio incluso si usted *no* estuviera en un estudio.
- Los artículos o servicios que se proporcionan solamente para recolectar información y no se utilizan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas realizadas mensualmente como parte del estudio si su afección médica normalmente requiere una sola tomografía computarizada.

¿Quiere obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica si visita 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), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución religiosa no médica de atención de salud

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

Una institución religiosa no médica de atención de salud es un centro que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o un centro de enfermería especializada. Si obtener atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en

contra de las creencias religiosas de un miembro, proporcionaremos, en cambio, cobertura en una institución religiosa no médica de atención de salud. Este beneficio solamente se proporciona para servicios de pacientes internados de la Parte A (servicios no médicos de atención de salud).

Sección 6.2 Cómo obtener atención en una institución religiosa no médica de atención de salud

Para recibir atención en una institución religiosa no médica de atención de salud, debe firmar un documento legal que indica que usted se opone a conciencia a recibir tratamientos médicos **no obligatorios**.

- La atención o el tratamiento médicos **no obligatorios** se refieren a cualquier atención o tratamiento médicos *voluntarios* y que *no se requieren* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **obligatorio** es la atención o el tratamiento médicos que *no* son voluntarios y que *se requieren* según la ley federal, estatal o local.

Para que sea cubierto por nuestro plan, el cuidado que obtiene de una institución religiosa no médica de atención de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención de salud debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios que recibe de nuestro plan se encuentra limitada a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que le son proporcionados en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
 - Debe poseer una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
 - –y– debe obtener la aprobación del plan con anticipación antes de que lo internen en el centro o su estadía no estará cubierta.

Aplicarán los límites de cobertura de servicios hospitalarios para pacientes internados y la atención de la salud mental para pacientes internados de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para obtener información sobre estos límites.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de los equipos médicos duraderos

Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar cierta cantidad de pagos conforme a nuestro plan?

El Durable Medical Equipment (DME, equipo médico duradero) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, caminadores, sistemas de colchones motorizados, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital pedidas por un proveedor para utilizarse en el hogar. Ciertos artículos, como los dispositivos de prótesis, siempre son propiedad del miembro. En esta sección, hablaremos sobre otros tipos de DME que se deben alquilar.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de hacer los copagos por el artículo durante trece meses. Sin embargo, como miembro de AmeriHealth Medicare PPO, no será propietario, en general, de los DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el DME a través de Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME. Llame al Equipo de Atención para Miembros para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, tendrá que realizar trece nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Medicare Original para poder ser propietario de dicho artículo. Los pagos realizados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Realizó doce pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y después se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare Original no cuentan.

Ejemplo 2: Realizó doce pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y después se unió a nuestro plan. Era parte de nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras se encontraba en nuestro plan. Luego, vuelve a Medicare Original. Deberá realizar trece pagos consecutivos nuevos para obtener la propiedad del artículo una vez que se vuelva a unir a Medicare Original. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

SECCIÓN 7.2 Reglas para los equipos y suministros de oxígeno y su mantenimiento**¿Qué beneficios de oxígeno tiene derecho a recibir?**

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, durante el tiempo que esté inscrito, AmeriHealth Medicare PPO cubrirá lo siguiente:

- alquiler del equipo de oxígeno;
- suministro de oxígeno y de contenido de oxígeno;
- cánula y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y de contenido de oxígeno;
- mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno.

Si deja AmeriHealth Medicare PPO o ya no necesita un equipo de oxígeno por razones médicas, el equipo de oxígeno deberá devolverse.

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

Medicare Original requiere de un proveedor de oxígeno para prestarle servicios a usted por cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable por el copago para el oxígeno). Después de cinco años, puede elegir quedarse con la misma compañía o irse a otra. En este momento, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar, incluso si usted permanece con la misma compañía, lo que requiere que realice los copagos por los primeros 36 meses. Si se une o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:

*Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto y lo que usted
paga)*

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Entender los gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo proporciona una tabla de beneficios médicos que indica los servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de AmeriHealth Medicare PPO. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites con respecto a ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de su bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, necesita familiarizarse con los tipos de gastos de su bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos.

- Un **copago** es un monto fijo que paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Usted realiza el copago en el momento en que obtiene el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 se brinda más información sobre sus copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga el coseguro en el momento en que obtiene el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 se brinda más información sobre sus coseguros).

La mayoría de las personas que reúnen las condiciones para Medicaid o para el programa Qualified Medicare Beneficiary (QMB, Beneficiarios Calificados de Medicare) nunca deberán pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor la prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

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

Bajo nuestro plan, hay dos límites diferentes sobre lo que debe pagar de bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- Su **monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red** es de \$8,100 para **AmeriHealth Medicare Core PPO**; de \$6,000 para **AmeriHealth Medicare Enhanced PPO**; de \$7,550 para **AmeriHealth Medicare Secure PPO** o de \$8,850 para **AmeriHealth Medicare Ultimate PPO**. Esto es lo máximo que pagará durante el año calendario por los servicios cubiertos de Medicare Parte A y Parte B recibidos de proveedores de la red. Los montos que paga por los copagos y coseguros de los servicios cubiertos de proveedores de la red cuentan a favor de este gasto de su bolsillo máximo dentro de la red. (Los importes que paga por las primas de su plan, si corresponde, y por los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan a favor del gasto de su bolsillo máximo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan a favor del gasto de su bolsillo máximo dentro de la red. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si pagó \$8,100 para **AmeriHealth Medicare Core PPO**; \$6,000 para **AmeriHealth Medicare Enhanced PPO**; \$7,550 para **AmeriHealth Medicare Secure PPO** o \$8,850 para **AmeriHealth Medicare Ultimate PPO** por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de los proveedores de la red, no tendrá ningún otro gasto de bolsillo durante el resto del año cuando consulte a nuestros proveedores de la red. Sin embargo, deberá continuar pagando la prima del plan y la prima de Medicare Part B (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Su **monto máximo combinado de gastos de bolsillo** es de \$11,300 para **AmeriHealth Medicare Core PPO**; de \$9,550 para **AmeriHealth Medicare Enhanced PPO**; de \$11,300 para **AmeriHealth Medicare Secure PPO** o de \$11,300 para **AmeriHealth Medicare Ultimate PPO**. Esto es lo máximo que pagará durante el año calendario por los servicios cubiertos de Medicare Parte A y Parte B recibidos tanto de proveedores dentro de la red como de proveedores fuera de la red. Los montos que paga por los copagos y coseguros de los servicios cubiertos cuentan a favor de este gasto de su bolsillo máximo combinado. (Los importes que paga por las primas de su plan, si corresponde, y por los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan a favor del gasto de su bolsillo máximo. Además, los importes que paga por algunos servicios no cuentan a favor del gasto de su bolsillo máximo combinado. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si pagó \$11,300 para **AmeriHealth Medicare Core PPO**; \$9,550 para **AmeriHealth Medicare Enhanced PPO**; \$11,300 para **AmeriHealth Medicare Secure PPO** o \$11,300 para **AmeriHealth Medicare Ultimate PPO** por los servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100% y no tendrá ningún otro gasto del bolsillo durante el resto del año para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, deberá continuar pagando la prima del plan y la prima de Medicare Part B (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan también limita sus gastos de bolsillo para ciertos tipos de servicios

Además de los gastos de bolsillo máximo combinado y dentro de la red por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos (consulte la Sección 1.2 anterior), también tenemos un gasto de su bolsillo máximo aparte que solamente aplica a ciertos tipos de servicios.

El plan tiene un monto máximo de gastos de bolsillo para los siguientes tipos de servicios:

- El monto máximo de gastos de bolsillo para la atención de pacientes internados dentro de la red es de \$1,500 para **AmeriHealth Medicare Core PPO**; de \$1,200 para **AmeriHealth Medicare Enhanced PPO**; de \$1,750 para **AmeriHealth Medicare Secure PPO** y de \$1,925 para **AmeriHealth Medicare Ultimate PPO**. Una vez que haya pagado \$1,500 para **AmeriHealth Medicare Core PPO**; \$1,200 para **AmeriHealth Medicare Enhanced PPO**, \$1,750 para **AmeriHealth Medicare Secure PPO** o \$1,925 para **AmeriHealth Medicare Ultimate PPO** en concepto de gastos de bolsillo para la atención de pacientes internados dentro de la red, el plan cubrirá estos servicios, sin ningún costo para usted, durante el resto de la estadía por atención de pacientes internados dentro de la red. El gasto de su bolsillo máximo por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B y el gasto de su bolsillo máximo por la atención hospitalaria para pacientes internados dentro de la red aplican a su atención hospitalaria para pacientes internados dentro de la red cubierta.
 - **AmeriHealth Medicare Core PPO:** Esto significa que, una vez que haya pagado \$8,100 por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B, o \$1,500 por la atención de pacientes internados dentro de la red, el plan cubrirá la atención de pacientes internados dentro de la red, sin ningún costo para usted, durante el resto de la estadía por atención de pacientes internados dentro de la red. En la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 se muestran los máximos de gastos de su bolsillo por categoría de servicio.
 - **AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:** Esto significa que, una vez que haya pagado \$6,000 por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B, o \$1,200 por la atención de pacientes internados dentro de la red, el plan cubrirá la atención de

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

pacientes internados dentro de la red, sin ningún costo alguno para usted, durante el resto de la estadía por atención de pacientes internados dentro de la red. En la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 se muestran los máximos de gastos de su bolsillo por categoría de servicio.

- **AmeriHealth Medicare Secure PPO:** Esto significa que, una vez que haya pagado \$7,550 por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B o \$1,750 por la atención hospitalaria para pacientes internados, el plan cubrirá la atención hospitalaria para pacientes internados sin costo alguno para usted por el resto de la internación. En la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 se muestran los máximos de gastos de su bolsillo por categoría de servicio.
- **AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:** Esto significa que, una vez que haya pagado \$8,850 por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B, o \$1,925 por la atención de pacientes internados dentro de la red, el plan cubrirá la atención de pacientes internados dentro de la red, sin ningún costo para usted, durante el resto de la estadía por atención de pacientes internados dentro de la red. En la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 se muestran los máximos de gastos de su bolsillo por categoría de servicio.
- El monto máximo de gastos de bolsillo para la atención de salud mental de pacientes internados dentro de la red es de \$1,500 para **AmeriHealth Medicare Core PPO**; de \$1,200 para **AmeriHealth Medicare Enhanced PPO**; de \$1,750 para **AmeriHealth Medicare Secure PPO** y de \$1,925 para **AmeriHealth Medicare Ultimate PPO**. Una vez que haya pagado \$1,500 para **AmeriHealth Medicare Core PPO**; \$1,200 para **AmeriHealth Medicare Enhanced PPO**, \$1,750 para **AmeriHealth Medicare Secure PPO** y \$1,925 para **AmeriHealth Medicare Ultimate PPO** en concepto de gastos de bolsillo para la atención de salud mental de pacientes internados dentro de la red, el plan cubrirá estos servicios, sin ningún costo para usted, durante el resto de la estadía por atención de salud mental de pacientes internados dentro de la red. Tanto el gasto de su bolsillo máximo por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B como el gasto de su bolsillo máximo por la atención de salud mental para pacientes internados dentro de la red aplican a la atención de salud mental para pacientes internados dentro de la red cubierto.
 - **AmeriHealth Medicare Core PPO:** Esto significa que, una vez que haya pagado \$8,100 por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B, o \$1,500 por la atención de salud mental de pacientes internados dentro de la red, el plan cubrirá la atención de salud mental de pacientes internados dentro de la red, sin ningún costo para usted, durante el resto de la estadía por atención de salud mental de pacientes internados dentro de la red. En la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 se muestran los máximos de gastos de su bolsillo por categoría de servicio.
 - **AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:** Esto significa que, una vez que haya pagado \$6,000 por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B, o \$1,200 por la atención de salud mental de pacientes internados dentro de la red, el plan cubrirá la atención de salud mental de pacientes internados dentro de la red, sin ningún costo para usted, durante el resto de la estadía por atención de salud mental de pacientes internados dentro de la red. En la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 se muestran los máximos de gastos de su bolsillo por categoría de servicio.
 - **AmeriHealth Medicare Secure PPO:** Esto significa que, una vez que haya pagado \$7,550 por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B, o \$1,750 por la atención de salud mental de pacientes internados dentro de la red, el plan cubrirá la atención

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

de salud mental de pacientes internados dentro de la red, sin ningún costo para usted, durante el resto de la estadía por atención de salud mental de pacientes internados dentro de la red. En la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 se muestran los máximos de gastos de su bolsillo por categoría de servicio.

- **AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:** Esto significa que, una vez que haya pagado \$8,850 por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B, o \$1,925 por la atención de salud mental de pacientes internados dentro de la red, el plan cubrirá la atención de salud mental de pacientes internados dentro de la red, sin ningún costo para usted, durante el resto de la estadía por atención de salud mental de pacientes internados dentro de la red. En la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 se muestran los máximos de gastos de su bolsillo por categoría de servicio.

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen los saldos

Como miembro de AmeriHealth Medicare PPO, una garantía importante para usted es que solo tiene que pagar el monto de costos compartidos cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden añadir cargos adicionales por separado, llamados **facturación del saldo**. Esta protección aplica incluso si al proveedor le pagamos menos de lo que este cobra por un servicio e incluso si hubiera alguna disputa y no pagáramos ciertos cargos al proveedor.

Así es como funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (un importe fijo en dólares, por ejemplo: \$15.00), entonces usted paga solamente dicho importe por los servicios cubiertos por un proveedor de la red. Generalmente, usted tendrá copagos más altos cuando reciba atención de proveedores fuera de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, el costo depende de qué tipo de proveedor consulta usted:
 - Si recibe los servicios cubiertos por parte de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos por parte de un proveedor fuera de la red que tiene participación con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no tiene participación con Medicare, usted paga el monto del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Si considera que un proveedor le facturó el saldo, llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 2 Cómo utilizar la *tabla de beneficios médicos* para saber qué tiene cobertura y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La tabla de beneficios médicos que se encuentra en las siguientes páginas indica los servicios que cubre AmeriHealth Medicare PPO y lo que usted paga de gastos de bolsillo para cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se describe en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos solamente están cubiertos cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicare deben ser proporcionados de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención, los servicios, los suministros y los equipos médicos, y los medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser necesarios por razones médicas. “Necesario por razones médicas” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Algunos de los servicios que se indican en la tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen la aprobación con anticipación (a veces denominada autorización previa) de AmeriHealth Medicare PPO.
 - Algunos medicamentos de la Parte B requieren aprobación previa. Consulte la Lista de aprobación previa en www.amerhealthmedicare.com/precert o comuníquese con nuestro Equipo de Atención para Miembros.
 - Los servicios médicos cubiertos y los equipos médicos duraderos (DME) que necesitan aprobación por adelantado aparecen con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Para obtener más información sobre las autorizaciones previas y consultar una lista de abastecedores de equipos médicos duraderos, visite nuestro sitio web en www.amerhealthmedicare.com.
 - Nunca necesita aprobación con anticipación para los servicios fuera de la red de proveedores fuera de la red.
- Aunque no necesite una aprobación con anticipación para los servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una decisión de cobertura con anticipación.

Otros aspectos importantes que debe conocer acerca de nuestra cobertura:

- Para los beneficios en los que su costo compartido es un porcentaje de coseguro, el monto que paga depende de qué tipo de proveedor recibe los servicios:
 - Si recibe los servicios cubiertos por parte de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos por parte de un proveedor fuera de la red que tiene participación con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores participantes.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no tiene participación con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Como todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare y usted 2024*). Consúltelo en línea en www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar una copia, 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 dentro de Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también lo están tratado o monitoreado por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare agrega la cobertura para algún servicio nuevo en 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Información importante sobre beneficios para afiliados con afecciones crónicas


- Si le diagnostican las siguientes afecciones crónicas identificadas abajo y cumple determinados criterios, usted podría ser elegible para recibir beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
 - Diabetes
 - Insuficiencia cardíaca congestiva
 - Cáncer colorrectal
 - Cáncer de endometrio
 - Cáncer de mama femenino o masculino
 - Cáncer de pulmón
 - Cáncer de próstata
- Los beneficios mencionados son parte de nuestro programa de beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros cumplen los requisitos.
- Consulte la fila *Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* en la tabla de beneficios médicos a continuación para obtener más información.
- Contáctenos para saber exactamente para qué beneficios podría ser elegible.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)



Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Servicios de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este servicio de detección si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene un pedido para ella de su médico, asistente médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica.</p> <p>Factores de riesgo del aneurisma aórtico abdominal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares de aneurisma aórtico abdominal • Hombres entre 65 y 75 años que fumaron al menos 100 cigarrillos en su vida <p>Se considera que usted corre riesgo si cumple con alguno de los criterios que se mencionaron arriba.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay coseguro ni copago para los miembros elegibles para estos servicios de detección preventivos.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para beneficiarios elegibles para este examen de detección preventivo</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para beneficiarios elegibles para este examen de detección preventivo</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Acupuntura para el dolor lumbar crónico

Servicios cubiertos:

Los beneficiarios de Medicare tienen cubiertas hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias:

A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como aquel que:

- tiene una duración de doce semanas o más;
- no es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se relaciona con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);
- no se relaciona con una cirugía, y
- no se relaciona con un embarazo.

Aquellos pacientes que demuestren una mejora tendrán cubiertas ocho sesiones más. No se pueden realizar más de veinte tratamientos con acupuntura por año.

El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.

Requisitos para los proveedores:

Los médicos, según lo que se define en 1861(r)(1) de la Social Security Act (Ley de Seguro Social) (la "Ley"), pueden prestar servicios de acupuntura en virtud de los requisitos estatales correspondientes.

Los physician assistants (PA, asistentes médicos), los nurse practitioners (NP, enfermeros profesionales)/clinical nurse specialists (CNS, especialistas en enfermería clínica), tal como se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley, y el personal auxiliar pueden prestar servicios de acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales correspondientes y tienen lo siguiente:

- una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela autorizada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM, Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental), y (continuación)

Dentro de la red:

AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:

Copago de \$15 por visita para los servicios de rutina cubiertos por Medicare

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:

Copago de \$20 por visita para servicios de rutina cubiertos por Medicare

Fuera de la red:

AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:

Coseguro del 20% por visita para los servicios de rutina fuera de la red cubiertos por Medicare

AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:

Coseguro del 40% por visita para servicios cubiertos por Medicare y servicios de rutina fuera de la red

* Los copagos para las visitas de acupuntura de rutina no cuentan a favor del monto máximo de gastos de bolsillo.


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)	
<ul style="list-style-type: none">• una licencia actual, completa, activa e irrestricta para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (p. ej., Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia.	
<p>El personal auxiliar que preste servicios de acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, asistente médico o enfermero profesional/especialista en enfermería clínica exigido por las normas establecidas en las secciones 410.26 y 410.27 del título 42 del Code of Federal Regulations (CFR, Código de Reglamentos Federales).</p>	
<p>Servicios no cubiertos por Medicare:</p>	
<p>Nuestro plan cubre hasta seis sesiones por año calendario de tratamiento con acupuntura de rutina.</p>	
<p>Los pacientes deben tener alguna de las siguientes afecciones para recibir servicios de acupuntura de rutina: dolor de cabeza (migraña y por tensión), náuseas y vómitos posoperatorios, náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia, dolor lumbar, dolor crónico en el cuello, dolor por osteoartritis de la rodilla y cadera.</p>	


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sean de emergencia o no, incluyen los servicios de ambulancias en avión, en helicóptero y terrestres, hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención médica si está preparado para hacerlo. Este servicio se brinda solo a un miembro con una afección médica que requiere de este tipo de traslado, ya que otro tipo de transporte podría poner en riesgo la salud de la persona, o si estuviera autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe registrar que la afección del miembro podría poner en riesgo su salud si se lo traslada en otro medio y que el transporte en ambulancia es necesario por razones médicas.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>* Se requiere autorización previa para el servicio de ambulancia cubierto por Medicare que no sea de emergencia.</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO: Copago de \$275 por viaje de ida en ambulancia terrestre o aérea</p> <p>AmeriHealth Medicare Enhanced PPO: Copago de \$250 por viaje de ida en ambulancia terrestre o aérea</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO: Copago de \$300 por viaje de ida en ambulancia terrestre o aérea</p> <p>AmeriHealth Medicare Ultimate PPO: Copago de \$320 por viaje de ida en ambulancia terrestre o aérea</p> <p>Todos los planes de AmeriHealth Medicare PPO: No exento de copago si se admite al paciente. Pueden aplicar algunas restricciones, incluso de destino. Tenga en cuenta lo siguiente: Si rechaza el transporte cuando se envía la ambulancia, el plan no cubrirá el costo de la ambulancia y usted será responsable por el costo completo del servicio. Un viaje de ida y vuelta para diálisis puede requerir autorización previa.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Examen físico anual</p> <p>Puede realizarse un examen físico anual. El examen físico anual consiste en una revisión integral de los sistemas y un examen físico, que incluyen, entre otros, antecedentes familiares detallados, examen práctico, apariencia general, servicio de detección con Electrocardiogram (EKG, electrocardiograma) y exámenes de corazón, pulmón, cabeza y cuello.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago para un examen físico anual.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para el examen físico anual</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para el examen físico anual</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si tiene la Parte B desde hace más de doce meses, puede realizar una visita anual de bienestar para crear o actualizar un plan preventivo personalizado en función de su salud y factores de riesgo actuales. Esto está cubierto una vez cada doce meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no se puede realizar en un plazo de 12 meses después de su visita preventiva denominada <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no tiene que haberse sometido a una visita de <i>Bienvenido a Medicare</i> para que las visitas anuales de bienestar estén cubiertas si ya tiene Medicare Part B hace más de 12 meses.</p> <p>Se cubre una visita anual de bienestar por año calendario.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago para una visita anual de bienestar.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para la visita anual de bienestar</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para la visita anual de bienestar</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Medición de la masa ósea Para los individuos calificados (generalmente esto significa personas con riesgo de perder densidad ósea o riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o de manera más frecuente si fuera necesario por razones médicas: procedimientos para identificar la densidad ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados del médico.	Dentro de la red: No se aplica ningún coseguro ni copago para las mediciones de masa ósea cubiertas por Medicare. Fuera de la red: AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO: Coseguro del 20% para el beneficio de medición de la masa ósea AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO: Coseguro del 40% para el beneficio de medición de la masa ósea Dentro o fuera de la red: Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Servicios de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años • Una mamografía de detección cada doce meses para las mujeres de 40 años y mayores • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses 	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago para las mamografías de detección cubiertas.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para las mamografías de detección cubiertas</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para las mamografías de detección cubiertas</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p> <p>Si usted recibe una prueba preventiva que se convierte en una prueba diagnóstica o un servicio de diagnóstico durante el procedimiento, no se aplicará un copago para esa prueba diagnóstica.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de los servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplan ciertas condiciones y cuenten con un pedido del médico. El plan también cubre los programas de rehabilitación cardíaca intensivos que generalmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$30 por proveedor, por visita</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para el beneficio de servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Copago del 40% para el beneficio de servicios de rehabilitación cardíaca</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su proveedor de atención primaria para que lo ayude a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante la visita, el médico puede hablar sobre el uso de la aspirina (si correspondiera), controlar su presión sanguínea y darle consejos para asegurarse de que está comiendo bien.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares mediante terapia de comportamiento intensiva.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares mediante la terapia de comportamiento intensiva</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares mediante la terapia de comportamiento intensiva</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 <p>Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada cinco años (60 meses).</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago para la prueba de detección de enfermedades cardiovasculares que está cubierta una vez cada cinco años.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para la prueba de detección de enfermedades cardiovasculares que está cubierta una vez cada 5 años</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para la prueba de detección de enfermedades cardiovasculares que está cubierta una vez cada 5 años</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Servicios de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal</p> <p>Servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: los exámenes pélvicos y de Papanicolau están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene un riesgo alto de cáncer de cuello uterino o vaginal o está en edad reproductiva y tuvo un examen de Papanicolau anormal en los últimos tres años, se podrá realizar un examen de Papanicolau cada doce meses. 	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay ningún coseguro ni copago para la prueba de Papanicolau y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para la prueba de Papanicolau y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para la prueba de Papanicolau y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación • Cuidado quiropráctico de rutina, hasta seis visitas complementarias combinadas dentro y fuera de la red por año <ul style="list-style-type: none"> ○ Las seis consultas quiroprácticas de rutina incluyen la manipulación manual para el cuidado quiropráctico de mantenimiento. 	<p>Dentro de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Manipulación manual: copago de \$15 por visita Servicios de rutina: copago de \$15 por visita</p> <p>AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Manipulación manual: copago de \$20 por visita Servicios de rutina: copago de \$20 por visita</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Manipulación manual: Coseguro del 20% por visita Servicios de rutina: Coseguro del 20% por visita</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Manipulación manual: Coseguro del 40% por visita Servicios de rutina: Coseguro del 40% por visita</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>* Los copagos y los coseguros de las visitas quiroprácticas de rutina no cuentan a favor del gasto de su bolsillo máximo.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Servicios de detección de cáncer colorrectal**

Las siguientes pruebas de detección están cubiertas:

- La colonoscopia no tiene un límite de edad máximo o mínimo, y está cubierto una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no tienen un riesgo alto, cada 48 meses para los pacientes que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal después de someterse a una sigmoidoscopia flexible previa y una vez cada 24 meses para los pacientes que tienen un riesgo alto después de someterse a una colonoscopia de detección o un enema de bario.
- La sigmoidoscopia flexible se realiza en pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes sin un riesgo alto después de que el paciente se someta a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses después de la última sigmoidoscopia flexible o del enema de bario para los pacientes con un riesgo alto.
- Las pruebas de detección de sangre oculta en heces se realizan en pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses.
- La prueba de ADN multiobjetivo en heces se realiza en pacientes entre 45 y 85 años que no tienen un riesgo alto. Una vez cada 3 años.
- Las pruebas de biomarcadores en sangre se realizan en pacientes entre 45 y 85 años que no tienen un riesgo alto. Una vez cada 3 años.
- El enema de bario como alternativa a la colonoscopia se realiza en pacientes con un riesgo alto y 24 meses después del último enema de bario de detección o de la última colonoscopia de detección.
- El enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible se realiza en pacientes mayores de 45 años que no tienen un riesgo alto. Una vez, al menos 48 meses después del último enema de bario de

Dentro de la red:

No se aplica ningún coseguro ni copago para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.

Fuera de la red:**AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:**

Coseguro del 20% para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare

AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:

Coseguro del 40% para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare

Dentro o fuera de la red:

Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.

Si usted recibe una prueba preventiva que se convierte en una prueba diagnóstica o un servicio de diagnóstico durante el procedimiento, no se aplicará un copago para esa prueba diagnóstica.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>detección o de la sigmoidoscopia flexible de detección.</p> <ul style="list-style-type: none">Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces que está cubierta por Medicare obtenga un resultado positivo.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios dentales

Por lo general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original.

Sin embargo, actualmente, Medicare paga los servicios dentales en algunas circunstancias determinadas, en particular cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico para la afección médica principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o una lesión, las extracciones de dientes que se realizan para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación contra el cáncer o los exámenes orales antes de un trasplante de riñón.

Además, cubrimos los siguientes servicios dentales de rutina que no tienen cobertura de Medicare:

- Un chequeo oral y una limpieza cada seis meses
- Dos exámenes limitados y centrados en el problema cada 12 meses
- Un examen amplio y detallado centrado en el problema cada 12 meses
- Una evaluación oral integral cada 36 meses

Servicios dentales cubiertos por Medicare

Dentro de la red:

AmeriHealth Medicare Core PPO:

Copago de \$20

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:

Copago de \$5

AmeriHealth Medicare Secure PPO:

Copago de \$40

AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:

Copago de \$50

Fuera de la red:

AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:

Coseguro del 20%

AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:

Coseguro del 40%

Busque los proveedores dentro de la red que prestan servicios dentales cubiertos por Medicare a través de nuestro *Provider Finder* (Buscador de proveedores) en www.amerihealthmedicare.com/providerfinder.

Servicios dentales de rutina no cubiertos por Medicare

Todos los planes de AmeriHealth Medicare PPO:

Dentro de la red:

Copago de \$0 para exámenes, limpiezas y evaluaciones orales

Copago de \$0 para una serie de radiografías de mordida dental

Copago de \$0 para una radiografía periapical, una panorámica y una serie radiografías de toda la boca

Copago de \$0 para el tratamiento con flúor

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Una evaluación periodontal integral cada 36 meses

- Un tratamiento con flúor cada 12 meses

(continuación)

Servicios dentales (continuación)

- Una serie de radiografías de mordida dental cada 12 meses
- Una radiografía periapical cada 36 meses
- Una serie de radiografías de toda la boca cada 36 meses
- Una radiografía panorámica cada 36 meses

También cubrimos los siguientes servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare:

- Servicios de restauración (empastes blancos o de plata; una por diente, por superficie cada 24 meses. Coronas; una por diente cada cinco años. Cobertura para coronas, que se limita a coronas de porcelana/cerámica, de porcelana fundida sobre metal, de $\frac{3}{4}$ de metal y de recubrimiento total con metal). Todas las coronas se pagarán a un monto de acuerdo con la corona metálica principalmente básica y los miembros serán responsables de la diferencia si se coloca una corona de metal noble, una de metal muy noble o una de titanio. Las coronas de resina no forman parte de los servicios cubiertos.
- Endodoncia (tratamientos de conducto, uno por diente de por vida; un nuevo tratamiento de conducto por diente de por vida; una reparación de un tratamiento de conducto por diente de por vida)
- Periodoncia (cuatro procedimientos de mantenimiento periodontal cada 12 meses; un procedimiento de eliminación de sarro y raspado de raíz cada 24 meses por cuadrante; un desbridamiento de toda la boca de por vida)
- Extracciones simples (una extracción, un diente brotado o una raíz expuesta por diente de por vida)

Consulte a un proveedor participante de la **Dominion Medicare Dental Network** (red de servicios dentales de Dominion Medicare) para obtener servicios dentales integrales y de rutina dentro de la red que no están cubiertos por Medicare Original.

Encuentre un dentista participante de la Dominion Medicare Dental Network a través de nuestra herramienta "Find a Dentist" (Encuentre un dentista) en www.amerihealthmedicare.com/findadentist.

Fuera de la red:

Coseguro del 80%

Servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare

Dentro y fuera de la red:

AmeriHealth Medicare Core PPO:

Asignación combinada dentro y fuera de la red de \$1,500 al año para los siguientes servicios dentales integrales: servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia y otras cirugías orales/maxilofaciales. Cuando el miembro alcance la asignación anual de \$1,500, paga el 100% del costo de los servicios durante el resto del año.

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:

Asignación combinada dentro y fuera de la red de \$2,000 al año para los siguientes servicios dentales integrales: servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras cirugías orales/maxilofaciales. Cuando el miembro alcance la asignación anual de \$2,000, paga el 100% del costo de los servicios durante el resto del año.

AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:

Asignación combinada dentro y fuera de la red de \$1,000 al año para los siguientes servicios dentales integrales: servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras cirugías orales/maxilofaciales. Cuando el miembro alcance la asignación anual de \$1,000, paga el 100% del costo de los servicios durante el resto del año.

Todos los planes de AmeriHealth Medicare PPO:

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Prostodoncia removible (un juego de dentaduras postizas parcial, completo o inmediato cada cinco años; un ajuste, un recapado, un rebasado o una reparación de dentadura postiza cada 24 meses; un reemplazo de un diente roto o faltante cada 24 meses; una adición de dientes o de grapas a una dentadura postiza parcial existente cada 24 meses; un acondicionamiento de los tejidos por dentadura postiza de por vida) Dentadura postiza parcial inmediata: las dentaduras postizas básicas flexibles y las dentaduras postizas parciales, unilaterales y removibles no están cubiertas

(continuación)

Servicios dentales (continuación)

- Prostodoncia fija (un juego de dentaduras postizas parciales fijas cada cinco años; un cementado nuevo o una reposición nueva de las dentaduras postizas parciales fijas cada 24 meses). Los púnticos se limitan a los servicios de recubrimiento con porcelana/cerámica, de recubrimiento con porcelana fusionada sobre metal y de recubrimiento total con metal. Las coronas de retención se limitan a los servicios de recubrimiento con resina y metal; de recubrimiento con porcelana/cerámica y de recubrimiento total con metal. Todos los púnticos y las coronas de retención se pagarán a un monto de acuerdo con el procedimiento principalmente básico con metal y los miembros son responsables de la diferencia si se presta el servicio con un metal noble, con un metal muy noble o con titanio. Las empastes y los recubrimientos de retención no forman parte de los servicios cubiertos.
- Implantes (una colocación quirúrgica de un implante endosteal por diente cada cinco años; un implante pilar para la corona, por diente cada cinco años; una corona implantosoportada, por diente cada cinco

Dentro de la red:

Copago de \$0 para los tratamientos paliativos (de emergencia) del dolor dental, sedación profunda/anestesia general, sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente).

Coseguro del 20% para los siguientes servicios dentales integrales: servicios de restauración, endodoncia, periodoncia y extracciones simples.

Coseguro del 40% para los siguientes servicios dentales integrales: prostodoncia, implantes y otras cirugías orales/maxilofaciales.

Consulte a un proveedor participante de la **Dominion Medicare Dental Network** (red de servicios dentales de Dominion Medicare) para obtener servicios dentales integrales y de rutina dentro de la red que no están cubiertos por Medicare Original.

Encuentre un dentista participante de la **Dominion Medicare Dental Network** a través de nuestra herramienta *Find a Dentist* en www.amerihealthmedicare.com/findadentist.

Fuera de la red:

Coseguro del 80%

Los proveedores fuera de la red no tienen contratos con Dominion National. Nosotros establecemos el monto permitido, que es el monto máximo que pagaremos por un servicio cubierto. Usted puede optar por visitar a un dentista fuera de la red; sin embargo, deberá pagar cualquier monto que supere el monto permitido de Dominion National. También será responsable de pagar el costo de los servicios y de los suministros que no estén cubiertos por este plan.

Si el plan determina que se puede realizar un procedimiento, un servicio o un tratamiento alternativo menos costoso en lugar del tratamiento propuesto para corregir una afección dental, y el tratamiento alternativo dará un resultado satisfactorio para el profesional, el monto máximo que el plan pagará será el del tratamiento menos costoso.

Consulte a un proveedor participante de la Dominion Medicare Dental Network para obtener servicios

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>años). Otros servicios relacionados con los implantes que no se indicaron anteriormente no forman parte de los servicios cubiertos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía oral (eliminación quirúrgica de un diente brotado o de remanentes radiculares; incisión y drenaje de abscesos; alveoloplastia con extracciones; alveoloplastia sin extracciones [ilimitados]) • Sedación profunda/anestesia general (según sea necesario) • Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente) (según sea necesario) <p>Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor dental (según sea necesario)</p>	<p>dentales integrales y de rutina dentro de la red que no están cubiertos por Medicare Original.</p> <p>Encuentre un dentista participante de la Dominion Medicare Dental Network a través de nuestra herramienta “Find a Dentist” en www.amerihealthmedicare.com/findadentist.</p> <p>* Los servicios dentales integrales y de rutina que no están cubiertos por Medicare no cuentan a favor de su gasto de bolsillo máximo anual.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Beneficio de Dental, Vision, and Hearing (DVH; atención dental, de la vista y de la audición) de Flex**

El beneficio de DVH de Flex incluye una asignación anual cargada previamente en la tarjeta CARE de AmeriHealth solo para los miembros de AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO y AmeriHealth Medicare Secure PPO. Esta asignación se puede utilizar para lo siguiente:

- Cubrir los costos compartidos de los beneficios dentales, de la vista y de la audición cubiertos.
- Pagar los servicios dentales, de la vista o de la audición, y los suministros que prestó cualquier proveedor con una licencia profesional para proporcionar suministros o servicios dentales, de la vista o de la audición, y que acepta Visa.

Los miembros de AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO y AmeriHealth Medicare Secure PPO pueden utilizar la asignación para cualquier combinación de suministros o servicios dentales, de la vista o de la audición.


La asignación de DVH de Flex cargada previamente en la tarjeta CARE de AmeriHealth es una billetera independiente del beneficio over-the-counter (OTC, de venta sin receta) que se brinda con la misma tarjeta. No se requiere la activación de la tarjeta. Cualquier saldo que no se utilice no se trasladará al año siguiente. Los miembros deben tener la tarjeta hasta la fecha de vencimiento.

La tarjeta solo se puede utilizar para las compras calificadas que indique su proveedor del plan en cualquier lugar donde se acepten tarjetas de débito Visa. Sutton Bank emite la tarjeta, de conformidad con la licencia de Visa U.S.A. Inc. Comuníquese directamente con el patrocinador de su programa para obtener una lista completa de las compras calificadas. Visa es una marca comercial registrada de Visa U.S.A. Inc. Todas las otras marcas comerciales y las marcas de servicio pertenecen a sus respectivos


AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO y AmeriHealth Medicare Secure PPO:

Asignación de \$300 por año

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>propietarios. No se puede utilizar para obtener dinero en efectivo o en un cajero automático. Se aplican los términos y condiciones. Comuníquese con su proveedor del plan para obtener información.</p>	
<p> Servicios de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un servicio de detección de depresión por año. Los servicios de detección deben realizarse en un ámbito de atención primaria que pueda brindar tratamiento o remisiones de seguimiento.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago para un servicio de detección de depresión anual.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para una visita anual de detección de depresión</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para una visita de detección de depresión anual</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Servicios de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este servicio de detección (incluye exámenes de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión sanguínea alta (hipertensión), antecedentes de niveles de colesterol y triglicéridos anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar en sangre alta (glucosa). También se pueden cubrir las evaluaciones si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y poseer un antecedente familiar de diabetes.</p> <p>Con base en los resultados de estas evaluaciones, usted puede ser elegible para hasta dos servicios de detección de diabetes cada doce meses.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago para los servicios de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para los servicios de detección de diabetes cubiertos por Medicare</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para servicios de detección de diabetes cubiertos por Medicare</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)



Capacitación sobre autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos

Para todas las personas con diabetes (insulinodependientes y no dependientes).
Servicios cubiertos:

- Suministros para monitorear la glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras de prueba de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones de control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras de prueba y los monitores.
- Para personas con diabetes que tienen una enfermedad de pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida por año calendario (incluidas las plantillas proporcionadas con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas proporcionadas con dichos zapatos). La cobertura incluye la prueba.
- La capacitación sobre autocontrol de la diabetes está cubierta en ciertas condiciones.

Las tiras de prueba y los monitores se deben obtener de los proveedores preferidos Accu-Chek y OneTouch. No se cubren tiras reactivas ni monitores de otros proveedores.

Las lancetas, las soluciones, las bombas de insulina y los suministros relacionados de cualquier marca están disponibles para los miembros.

Si las tiras de prueba de Accu-Chek y OneTouch no funcionan con su monitor actual, llame a su PCP para solicitar una receta para un monitor de reemplazo.

Freestyle Libre es el único dispositivo de monitoreo rápido de la glucosa cubierto.

Nota: Los dispositivos de monitoreo continuo de la glucosa están cubiertos por el beneficio de

Dentro de la red:

No se aplica ningún coseguro ni copago para los miembros elegibles para el beneficio preventivo para la capacitación sobre autocontrol de la diabetes.

Copago de \$0 para tiras reactivas y monitores para la diabetes no cubiertos por Medicare

Copago de \$0 para lancetas y soluciones, bombas de insulina y suministros relacionados

Copago de \$0 para zapatos y plantillas moldeados a medida

Coseguro del 20% para los monitores de glucosa rápidos especificados por el plan en una farmacia minorista

Se puede recurrir a cualquier proveedor de la red para comprar estos suministros.

* Se requiere una autorización previa para suministros para diabéticos seleccionados.

Fuera de la red:

AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:

Coseguro del 20% para el beneficio preventivo para la capacitación sobre autocontrol de la diabetes

Coseguro del 20% para tiras reactivas y monitores para la diabetes

Coseguro del 20% para lancetas y soluciones

Coseguro del 20% para zapatos y plantillas moldeados a medida

Coseguro del 20% para bombas de insulina y suministros relacionados


AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:

Coseguro del 40% para el beneficio preventivo para la capacitación sobre autocontrol de la diabetes

Coseguro del 40% para tiras reactivas y monitores para la diabetes

Coseguro del 40% para lancetas y soluciones

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>equipo médico duradero (DME). Consulte la tabla de beneficios de DME en la Sección 2.1 del Capítulo 4.</p> <p>(continuación)</p>	<p>Coseguro del 40% para zapatos y plantillas moldeados a medida</p> <p>Coseguro del 40% para bombas de insulina y suministros relacionados</p>
<p> Capacitación sobre autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos (continuación)</p>	<p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Para la capacitación sobre autocontrol de la diabetes, si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p>	<p>Dentro de la red:</p>
<p>(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento).</p>	<p>Coseguro del 20% para equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare</p>
<p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y caminadores.</p>	<p>Sus costos compartidos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare son de un coseguro del 20%, todos los meses.</p>
<p>Cubrimos todos los DME necesarios por razones médicas con cobertura de Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle si puede pedirlo especialmente para usted. La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web en www.amerhealthmedicare.com.</p>	<p>Sus costos compartidos no cambiarán después de haber estado inscrito durante 36 meses.</p>
	<p>* Se requiere una autorización previa para ciertos artículos. Para obtener más información, consulte la URL de autorización previa enumerada al principio de la Sección 2.1 del Capítulo 4 o comuníquese con nuestro Equipo de Atención para Miembros (los teléfonos se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).</p>
	<p>Fuera de la red:</p>
	<p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p>
	<p>Coseguro del 20% para equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare</p>
	<p>Sus costos compartidos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare son de un coseguro del 20%, todos los meses.</p>
	<p>Sus costos compartidos no cambiarán después de haber estado inscrito durante 36 meses.</p>
	<p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p>
	<p>Coseguro del 40% para equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare</p>
	<p>Sus costos compartidos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare son de un coseguro del 40%, todos los meses.</p>
	<p>Sus costos compartidos no cambiarán después de haber estado inscrito durante 36 meses.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidados de emergencia</p> <p>Los cuidados de emergencia se refieren a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica ocurre cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimiento promedio de salud y medicina creen que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red son los mismos que para los servicios proporcionados dentro de la red.</p> <p>Los cuidados de emergencia están cubiertos en todo el mundo.</p> <p>Los servicios de ambulancia internacionales no están cubiertos.</p>	<p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO: copago de \$100 por visita</p> <p>AmeriHealth Medicare Enhanced PPO: copago de \$120 por visita</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO: copago de \$100 por visita</p> <p>AmeriHealth Medicare Ultimate PPO: copago de \$100 por visita</p> <p>No exento de copago si el paciente es admitido al hospital</p> <p>Si recibe cuidados de emergencia fuera de los Estados Unidos, debe pagar su cuidado y enviar la reclamación para la consideración del reembolso. Para obtener detalles sobre cómo solicitar un reembolso, consulte la Sección 5.5 del Capítulo 9.</p> <p>Si recibe cuidados de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para paciente internado después de que se establezca su condición de emergencia, debe ir a un hospital de la red para pagar el costo compartido dentro de la red por la parte de su internación después de que lo hayan estabilizado. Si se queda en el hospital fuera de la red, su internación estará cubierta, pero usted pagará el costo compartido fuera de la red por la parte de su internación después de que lo hayan estabilizado.</p> <p>* Los copagos por los servicios de emergencia recibidos fuera de los Estados Unidos no cuentan a favor del gasto de su bolsillo máximo y no estará exento de ellos si es admitido.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programas de educación de salud y bienestar</p> <p>Mejor tratamiento de enfermedades: los servicios están dirigidos a miembros con afecciones de salud crónicas. Se asigna un administrador de casos a un miembro después de una admisión en cuidados intensivos. El administrador del caso se centrará en educar al miembro sobre la afección, la revisión de la medicación y la planificación para después del alta. Además, el administrador del caso enseñará al miembro a reconocer las señales de alerta tempranas y coordinará una acción con el médico del tratamiento si la afección empeora. Las actividades del administrador del caso pueden incluir la programación y el seguimiento de las citas del médico o las visitas de enfermería a domicilio, la coordinación de las necesidades de transporte, y la instalación y el monitoreo del equipo de telemonitoreo.</p>	<p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago para los programas de educación de salud y bienestar.</p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago por el beneficio de acondicionamiento físico.</p> <p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>
(continuación)	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Programas de educación de salud y bienestar (continuación)****Beneficio de acondicionamiento físico**

Los miembros reciben un programa de acondicionamiento físico y mental a través de un proveedor específico del plan con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar general. El programa incluye lo siguiente:

- acceso a una red de gimnasios participantes
- contenido digital a demanda y en vivo
- kits para el hogar
- actividades a cargo del proveedor con ejercicios para promover la actividad física
- acceso a una plataforma digital que ejercita el cerebro para mejorar los aspectos de memoria cognitiva, atención, concentración y velocidad del cerebro

Los miembros deben acudir a un centro de acondicionamiento físico/gimnasio de la red One Pass™ e inscribirse en el programa One Pass.

Las membresías para gimnasios y los servicios recibidos de centros de acondicionamiento físico que no sean de One Pass se negarán.

Para obtener más información, inicie sesión o regístrese en www.youronepass.com, o llame al 1-877-504-6830 (TTY/TDD: 711), de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 10:00 p. m.

Educación sobre la salud: Los enfermeros matriculados Health Coaches (orientadores de salud) y los administradores de casos que son enfermeros matriculados y trabajadores sociales con licencia evalúan de manera periódica la atención médica de cada miembro y brindan información y asesoramiento con respecto a una variedad de temas. Los enfermeros matriculados Health Coaches y los administradores de casos buscan ayudar a los miembros a controlar sus afecciones a través del monitoreo, la educación, la enseñanza del cuidado personal y la adopción de cambios saludables en el estilo de vida.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Línea directa de Enfermería: Los miembros pueden llamar al 1-888-YOUR-AH1 (1-888-968-7241) (TTY/TDD: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La línea directa está integrada por enfermeros que lo asistirán con las preguntas e inquietudes sobre todas las afecciones médicas, y le brindarán apoyo para el tratamiento de las afecciones crónicas.</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios de la audición

Evaluaciones diagnósticas de equilibrio y audición de llevadas a cabo por su proveedor para determinar si su necesidad de tratamiento médico está cubierta como atención de paciente ambulatorio cuando es proporcionada por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.

Además, cubrimos los siguientes servicios de la audición de rutina que no están cubiertos por Medicare:

Un proveedor TruHearing® debe hacer las evaluaciones de la audición básicas y proporcionar los audífonos. Todos los servicios de la audición que Medicare no cubre deben solicitarse al proveedor TruHearing. Cualquier atención que reciba de un proveedor no participante no estará cubierta por el plan. Para obtener los servicios de la audición de rutina, debe comunicarse con TruHearing al 1-833-414-9748 (TTY/TDD: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., para programar una cita con un proveedor participante de TruHearing.

(continuación)

Servicios de la audición cubiertos por Medicare

Dentro de la red:

AmeriHealth Medicare Core PPO: copago de \$20

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO: copago de \$5

AmeriHealth Medicare Secure PPO: copago de \$40

AmeriHealth Medicare Ultimate PPO: copago de \$50 por visita

Fuera de la red:

AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:

Coseguro del 20%

AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:

Coseguro del 40%

Busque los proveedores dentro de la red que prestan servicios de la audición cubiertos por Medicare a través de nuestro *Provider Finder* en:

www.amerihealthmedicare.com/providerfinder

Servicios de la audición de rutina que no están cubiertos por Medicare

Dentro y fuera de la red

Todos los planes de AmeriHealth Medicare PPO:


Copago de \$0 por visita con un proveedor de TruHearing para cada examen de la audición de rutina

No se cobra coseguro ni copago por los ajustes y las evaluaciones para el uso de audífonos cuando los proporciona un proveedor de TruHearing.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de la audición (continuación)	<p>Los servicios de la audición y los audífonos proporcionados por proveedores TruHearing no participantes y que no se programan a través de TruHearing no están cubiertos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Las pruebas de la audición de rutina (no cubiertas por Medicare) están cubiertas una vez por año. • Ajustes y evaluaciones para el uso de audífonos sin límite. • Hasta dos audífonos marca TruHearing por año (uno por oído por año). Este beneficio se limita a los audífonos avanzados y prémium de TruHearing, que vienen en varios estilos y colores. Los audífonos prémium y los avanzados están disponibles en opciones de estilos recargables. Este beneficio se combina dentro y fuera de la red. Debe usar un proveedor de TruHearing para acceder a este beneficio. Los servicios de audífonos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ○ periodo de prueba de 60 días; ○ garantía extendida de tres años por pérdida o daño irreparable; ○ 80 pilas por audífono para los modelos no recargables. • Este beneficio no incluye ni cubre nada de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ moldes auriculares; ○ accesorios de los audífonos; ○ visitas adicionales al proveedor; ○ pilas adicionales, pilas cuando se compra un audífono recargable; ○ audífonos que no son de la marca TruHearing; ○ costos asociados a reclamaciones de la garantía por pérdida y daño. 	<p>* Los copagos de los servicios de la audición de rutina no cuentan a favor del gasto de su bolsillo máximo.</p>
<p>Los costos asociados a artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.</p>	<p>AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Copago de \$699 por año, por oído, para los audífonos avanzados; o copago de \$999 por año, por oído, para los audífonos prémium cuando se compran a través de TruHearing</p> <p>AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Copago de \$499 por año, por oído, para los audífonos avanzados; o copago de \$799 por año, por oído, para los audífonos prémium cuando se compran a través de TruHearing</p> <p>Debe consultar a un proveedor participante de TruHearing para obtener cobertura de los servicios de la audición de rutina dentro de la red que no están cubiertos por Original Medicare.</p> <p>Encuentre un proveedor participante de TruHearing en www.amerihealthmedicare.com/hearing.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Servicios de detección de VIH</p> <p>A las personas que solicitan un servicio de detección de VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por VIH, se les brinda la siguiente cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada doce meses <p>A las mujeres embarazadas, se les brinda la siguiente cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo 	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago para los miembros elegibles para el examen de detección de VIH preventivo cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para los miembros elegibles para el examen de detección de VIH preventivo cubierto por Medicare</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para los miembros elegibles para el examen de detección de VIH preventivo cubierto por Medicare</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de agencias de atención médica en el hogar</p>	<p>Dentro de la red:</p>
<p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que necesita estos servicios y ordenará que sean proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar. Usted debe estar confinado en su hogar; es decir, abandonar la casa debe implicar un gran esfuerzo.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro ni copago por los cuidados prestados por una agencia de atención médica en el hogar.</p>
<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p>	<p>* Se requiere autorización previa (que incluye la terapia de infusión a domicilio).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o de asistencia de salud en el hogar intermitentes o de medio tiempo (para que se cubran de acuerdo con el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistencia de salud en el hogar combinados deben tener una cantidad de horas total menor de 8 horas por día y de 35 horas por semana). • Fisioterapia, y terapias ocupacional y del habla cuando se brindan en el hogar. • Servicios médicos y sociales • Equipos médicos y suministros 	<p>Fuera de la red:</p>
	<p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p>
	<p>Coseguro del 20% para la atención recibida en una agencia de atención médica en el hogar</p>
	<p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p>
	<p>Coseguro del 40% por los cuidados prestados por una agencia de atención médica en el hogar</p>
	<p>Dentro o fuera de la red:</p>
	<p>Para obtener una definición de “confinado en el hogar”, consulte el Capítulo 12.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Terapia de infusión a domicilio</p> <p>La terapia de infusión a domicilio consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para realizar la infusión en la casa incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, cánula y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de conformidad con el plan de cuidado. • Capacitación y educación del paciente que, de otra manera, no están cubiertas por el beneficio de equipos médicos duraderos. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para la provisión de la terapia de infusión a domicilio y los medicamentos de la infusión a domicilio administrados por un proveedor de terapia de infusión a domicilio. 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0 para servicios de terapia de infusión a domicilio</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para la atención recibida en una agencia de atención médica en el hogar</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% por los cuidados prestados por una agencia de atención médica en el hogar</p> <p>Todos los planes de AmeriHealth Medicare PPO:</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidado de hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del centro de hospicio le dieron un pronóstico terminal que certifica que usted es un enfermo terminal y tiene seis meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en la zona de servicio del plan, lo que incluye aquellas que la organización MA posee, controla o en las que tiene un interés financiero. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Atención de relevo de corto plazo • Atención de salud en el hogar <p>Cuando es admitido a un centro de hospicio, tiene el derecho de permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe seguir pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para los servicios de hospicio y los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Medicare Original (en vez de nuestro plan) le pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y todos los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras usted se encuentre en un programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que paga Medicare Original. Se le facturarán los costos compartidos de Medicare Original.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare paga sus servicios del centro de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal, no AmeriHealth Medicare PPO.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO:</p> <p>Copago de \$0 por una consulta de hospicio por única vez con un proveedor de atención primaria</p> <p>Copago de \$20 por una consulta a un especialista en un centro de hospicio por única vez</p> <p>AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Copago de \$0 por una consulta de hospicio por única vez con un proveedor de atención primaria</p> <p>Copago de \$5 por una consulta a un especialista en un centro de hospicio por única vez</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO:</p> <p>Copago de \$0 por una consulta de hospicio por única vez con un proveedor de atención primaria</p> <p>Copago de \$40 por una consulta de hospicio por única vez con un especialista</p> <p>AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Copago de \$0 por una consulta de hospicio por única vez con un proveedor de atención primaria</p> <p>Copago de \$50 por una consulta de hospicio por única vez con un especialista</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% por una consulta a un especialista en un centro de hospicio por única vez</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% por una consulta de hospicio por única vez</p>
(continuación)	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Servicio de hospicio (continuación)**

Para los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no están relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia y no se necesitan de manera urgente que estén cubiertos dentro de Medicare Parte A o B y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo por estos servicios depende de si utiliza un proveedor en la red de nuestro plan y de si sigue las reglas de nuestro plan (como si hay algún requisito para obtener autorización previa).

- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga el importe de costos compartidos del plan por los servicios dentro de la red.
- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga los costos compartidos del plan por servicios fuera de la red.

Para los servicios que están cubiertos por AmeriHealth Medicare PPO, pero que no están cubiertos por Medicare Part A o Part B: AmeriHealth Medicare PPO seguirá cubriendo los servicios incluidos en el plan que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B, o que no están relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el importe de los costos compartidos de su plan por estos servicios.


Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no se relacionan con su condición terminal bajo hospicio, usted paga los costos compartidos. Si están relacionados con su condición terminal bajo hospicio, entonces usted paga los costos compartidos de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el servicio de hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (*¿Qué sucede si se encuentra en un centro de hospicio certificado por Medicare?*).

Dentro o fuera de la red:

Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare paga sus servicios del centro de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal, no AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO ni AmeriHealth Medicare Ultimate PPO.

Para obtener una definición de “cuidado de relevo”, consulte el capítulo 12.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Nota: Si necesita atención que no es de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para organizar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (solo por única vez) para un enfermo terminal que no eligió el beneficio de hospicio.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios de Medicare Part B cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas antigripales, una por cada época de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas antigripales adicionales necesarias por razones médicas • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumple con las reglas de cobertura de Medicare Part B <p>También cubrimos algunas vacunas dentro del beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, como la vacuna contra el herpes zóster (Shingrix).</p> <p>Para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y su cobertura, consulte la Sección 8 del Capítulo 6 de este libro.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago para las vacunas contra la neumonía, influenza, hepatitis B y la COVID-19.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y la COVID-19</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y la COVID-19</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Atención hospitalaria para pacientes internados

Incluye hospitales de cuidados intensivos, rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que ingresa formalmente en el hospital con una orden del médico. El día antes de su alta es su último día como paciente internado.

Días ilimitados por admisión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:

- Habitación semiprivada (o una habitación privada si fuera necesaria por razones médicas)
- Comidas, incluso dietas especiales
- Servicios de enfermería habituales
- Costos de las unidades de cuidados especiales (como la terapia intensiva o las unidades de cuidado coronario)
- Fármacos y medicamentos
- Pruebas de laboratorio
- Rayos X y otros servicios de radiología
- Suministros quirúrgicos y médicos necesarios
- Uso de dispositivos, como sillas de rueda
- Costos de salas de operaciones y de recuperación
- Fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y el lenguaje
- Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes internados
- En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante.

(continuación)

Dentro de la red:

AmeriHealth Medicare Core PPO:

Copago de \$300 por día para los días 1 a 5 por admisión

Copago máximo de \$1,500 por admisión

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:

Copago de \$300 por día para los días 1 a 4 por admisión

Copago máximo de \$1,200 por admisión

AmeriHealth Medicare Secure PPO:

Copago de \$350 por día para los días 1 a 5 por admisión

Copago máximo de \$1,750 por admisión

AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:

Copago de \$385 por día para los días 1 a 5 por admisión

Copago máximo de \$1,925 por admisión

Todos los planes de AmeriHealth Medicare PPO:

No se aplica ningún coseguro ni copago para los días adicionales por admisión.

Se cobra un costo compartido por cada internación.

Si obtiene atención para paciente internado autorizada en un hospital fuera de la red después de que fuera estabilizada su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

* Se requiere autorización previa.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)**

Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera de la zona de servicio. Si los servicios de trasplante dentro de la red se encuentran en una ubicación alejada, puede elegir tratarse de forma local si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si AmeriHealth Medicare PPO presta servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted decide recibir trasplantes en esta ubicación distante, nos ocuparemos de los costos apropiados de alojamiento y de transporte para usted y un acompañante, o los pagaremos.

- Sangre: incluye almacenamiento y administración. Todos los componentes sanguíneos están cubiertos comenzando desde la primera pinta utilizada.
- Servicios del médico

Nota: Para ser un paciente internado, el proveedor debe redactar una orden para admitirlo formalmente como paciente internado en el hospital. Incluso si permanece en el hospital por una noche, aun así se lo podría considerar como un paciente ambulatorio. Si no está seguro de ser un paciente internado o un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.

También puede encontrar más información en la ficha de datos de Medicare llamada *¿Es un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, pregunte*. Puede obtener esta ficha de datos en el sitio web en <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas, los 7 días de la semana.

Fuera de la red:**AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:**

Coseguro del 20% por admisión

AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:

Coseguro del 40% por admisión

Dentro o fuera de la red:

No se aplican copagos ni coseguros el día del alta.


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen la atención de la salud mental que requiere una internación</p> <p>Días ilimitados en cada admisión en un hospital de cuidados intensivos</p> <p>Beneficio máximo de 190 días de por vida por los servicios en un hospital psiquiátrico independiente</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO:</p> <p>Copago de \$300 por día para los días 1 a 5 por admisión</p> <p>Copago máximo de \$1,500 por admisión</p> <p>AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Copago de \$300 por día para los días 1 a 4 por admisión</p> <p>Copago máximo de \$1,200 por admisión</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO:</p> <p>Copago de \$350 por día para los días 1 a 5 por admisión</p> <p>Copago máximo de \$1,750 por admisión</p> <p>AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Copago de \$385 por día para los días 1 a 5 por admisión</p> <p>Copago máximo de \$1,925 por admisión</p> <p>Todos los planes de AmeriHealth Medicare PPO:</p> <p>Se cobra un costo compartido por cada internación.</p> <p>No se aplican copagos el día del alta.</p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago para los días adicionales por admisión.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% por admisión</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% por admisión</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Estadía del paciente internado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una internación sin cobertura</p> <p>Si agotó sus beneficios de paciente internado o si la internación no es razonable y necesaria, no cubriremos su internación. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en un skilled nursing facility (SNF, Centro de enfermería especializada). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico • Pruebas diagnósticas (como pruebas de laboratorio) • Rayos X, radioterapia y terapia con radioisótopos que incluyen materiales y servicios del técnico • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Dispositivos de prótesis y ortopédicos (aparte de los dentales) que reemplazan por completo o en parte un órgano interno (incluso el tejido contiguo) o por completo o en parte la función de un órgano interno que no funciona de manera permanente o funciona mal, incluso el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; fajas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluso los ajustes, reparaciones y reemplazos requeridos debido a roturas, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se cobra coseguro ni copago para los servicios de pacientes internados que están cubiertos durante una internación sin cobertura.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para los servicios cubiertos para pacientes internados durante una estadía sin cobertura</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para los servicios de pacientes internados que están cubiertos durante una internación sin cobertura</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo solicite su médico.</p> <p>Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento privado durante el primer año que recibe los servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y dos horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe prescribir estos servicios y renovar su orden cada año si es necesario que su tratamiento continúe el año calendario siguiente.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta cuatro visitas adicionales por servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare para personas con diabetes, enfermedades renales (riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo solicite su médico.</p> <p>Cuatro visitas adicionales de terapia de nutrición médica, que no son de Medicare, para afecciones médicas de rutina, como congestive heart failure (CHF, insuficiencia cardíaca congestiva), presión alta, colesterol alto e intolerancia al gluten</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se cobra coseguro ni copago a los miembros que cumplen los requisitos para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p> <p>No se cobra coseguro ni copago por hasta cuatro visitas de terapia de nutrición médica para afecciones médicas de rutina (no cubiertas por Medicare).</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare</p> <p>Copago del 20% para terapia de nutrición médica de hasta cuatro visitas para afecciones médicas de rutina (no cubiertas por Medicare)</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare</p> <p>Copago del 40% por hasta cuatro visitas de terapia de nutrición médica para afecciones médicas de rutina (no cubiertas por Medicare)</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p> <p>* Se requiere una orden o una receta de un médico para la terapia de nutrición médica.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP, Programa de Prevención de Diabetes de Medicare)</p> <p>Los servicios del Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare conforme a todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para el cambio conductual que proporciona capacitación práctica en el cambio dietario a largo plazo, el aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas que permitan superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago por el beneficio del MDPP.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% por el beneficio del MDPP</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% por el beneficio MDPP</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Medicamentos recetados de Medicare Part B

Estos medicamentos están cubiertos dentro de la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan.

Medicamentos cubiertos:

- Medicamentos que generalmente el paciente no se autoadministra y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios por parte de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro quirúrgico ambulatorio
- Insulina administrada mediante un artículo del equipo médico duradero (como una bomba de insulina necesaria por razones médicas)
- Otros medicamentos que toma mediante el uso del equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan
- Los factores de coagulación que se coloca usted mismo con una inyección si tiene hemofilia
- Los medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en Medicare Parte A al momento del trasplante de órganos
- Los medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento
- Antígenos
- Ciertos medicamentos anticancerosos orales y medicamentos contra las náuseas
- Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando es necesario por razones médicas, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, epoetina alfa, Aranesp® o darbepoetina alfa)
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria

(continuación)

Dentro de la red:

Coseguro entre el 0% y el 20% para los medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia.

Copago de \$35 para un suministro de un mes de insulina.

Algunos de los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a la terapia escalonada.

* Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos de la Parte B e inyectables para quimioterapia cuando se los administra en el consultorio del médico o en el ámbito del paciente ambulatorio. Consulte la Lista de aprobación previa (la URL del sitio web que se indica al principio de la Sección 2.1 del Capítulo 4) o comuníquese con nuestro Equipo de Atención para Miembros.

Para obtener una lista de estos medicamentos, llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros.

Fuera de la red:


AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:

Coseguro del 20% para los medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia

AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:

Coseguro del 40% para los medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos recetados de Medicare Part B (continuación)</p> <p>El siguiente enlace lo dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: www.amerihealthmedicare.com/partbstep</p> <p>También cubrimos algunas vacunas dentro del beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe cumplir para que sus medicamentos recetados se cubran. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se encuentra explicado en el Capítulo 6.</p>	
<p> Servicios de detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo obtiene en un ámbito de atención primaria, donde se lo puede coordinar con su plan preventivo integral. Hable con su médico de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago para los servicios preventivos de detección y terapia de la obesidad.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para los exámenes preventivos de detección de la obesidad y la terapia</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para los servicios preventivos de detección y terapia de la obesidad</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con opioid use disorder (OUD, trastorno por consumo de opioides) pueden recibir cobertura de servicios para tratar este trastorno a través del Opioid Treatment Program (OTP, Programa de tratamiento por consumo de opioides), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento asistido por medicamentos antagonistas y agonistas de los opioides aprobados por la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) • Suministro y administración de los medicamentos del tratamiento asistido por medicamentos (si corresponde) • Asesoramiento por el consumo de drogas • Terapia grupal e individual • Pruebas toxicológicas • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$5</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20%</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40%</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas diagnósticas, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Terapia de radiación (radioterapia y terapia con radioisótopos) que incluye materiales y suministros del técnico • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre: incluye almacenamiento y administración. Todos los componentes sanguíneos están cubiertos comenzando desde la primera pinta utilizada. • Otras pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios, por ejemplo: ecografías y estudios del sueño (en el hogar o como paciente ambulatorio) • Servicio de detección con EKG • Magnetic Resonance Imaging (MRI, Imagen por resonancia magnética)/Magnetic Resonance Angiography (MRA, angiografía por resonancia magnética), tomografías computarizadas, tomografía por emisión de positrones, estudios cardiológicos nucleares, terapia de protones 	<p>Dentro de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO:</p> <p><i>Radiología de rutina (p. ej., radiografías, radiología, servicios de diagnóstico, ecografías):</i></p> <p>Copago de \$20 por proveedor, por fecha de servicio</p> <hr/> <p><i>Radiología compleja (p. ej., MRI/MRA, tomografías computarizadas, estudios cardiológicos nucleares):</i></p> <p>Copago de \$200 por proveedor, por fecha de servicio</p> <hr/> <p>Si los servicios se prestan en un ambulatory surgical center (ASC, centro quirúrgico ambulatorio) o en un outpatient hospital facility (OHF, centro hospitalario ambulatorio), es posible que deba realizar un copago de \$225 (ASC) o de \$225 (OHF) por visita.</p> <p>AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p><i>Radiología de rutina (p. ej., radiografías, radiología, servicios de diagnóstico, ecografías):</i></p> <p>Copago de \$20 por proveedor, por fecha de servicio</p> <hr/> <p><i>Radiología compleja (p. ej., MRI/MRA, tomografías computarizadas, estudios cardiológicos nucleares):</i></p> <p>Copago de \$160 por proveedor, por fecha de servicio</p> <hr/> <p>Si los servicios se prestan en un ASC o en un OHF, es posible que deba realizar un copago de \$190 (ASC) o de \$190 (OHF) por visita.</p>

(continuación)

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas diagnósticas, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)</p>	<p>AmeriHealth Medicare Secure PPO:</p> <p><i>Radiología de rutina (p. ej., radiografías, radiología, servicios de diagnóstico, ecografías):</i></p> <p>Copago de \$40 por proveedor, por fecha de servicio</p> <hr/> <p><i>Radiología compleja (p. ej., MRI/MRA, tomografías computarizadas, estudios cardiológicos nucleares):</i></p> <p>Copago de \$275 por proveedor, por fecha de servicio</p> <hr/> <p>Si los servicios se prestan en un ASC o en un OHF, es posible que deba realizar un copago de \$300 (ASC) o de \$300 (OHF) por visita.</p> <p>AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p><i>Radiología de rutina (p. ej., radiografías, radiología, servicios de diagnóstico, ecografías):</i></p> <p>Copago de \$40 por proveedor, por fecha de servicio</p> <hr/> <p><i>Radiología compleja (p. ej., MRI/MRA, tomografías computarizadas, estudios cardiológicos nucleares):</i></p> <p>Copago de \$300 por proveedor, por fecha de servicio</p> <hr/> <p>Si los servicios se prestan en un ASC o en un OHF, es posible que deba realizar un copago de \$350 (ASC) o de \$350 (OHF) por visita.</p>

(continuación)

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas diagnósticas, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)</p>	<p>Todos los planes de AmeriHealth Medicare PPO:</p> <p><i>Servicio de detección con EKG:</i></p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago para los servicios de detección con EKG.</p> <hr/> <p><i>Pruebas de laboratorio:</i></p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago para las pruebas de laboratorio.</p> <hr/> <p><i>Terapia de radiación:</i></p> <p>Copago de \$60 por proveedor, por fecha de servicio</p> <p>Copago de \$0 para terapia de radiación por un diagnóstico de cáncer de mama</p> <hr/> <p>Copago de \$0 para determinadas pruebas diagnósticas (p. ej., estudios del sueño en el hogar proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar o una mamografía de diagnóstico como resultado de una mamografía preventiva)</p> <p>* Se requiere una autorización previa para ciertos artículos. Para obtener más información, consulte la URL del sitio web de autorización previa enumerada al principio de la Sección 2.1 del Capítulo 4 o comuníquese con nuestro Equipo de Atención para Miembros (los teléfonos se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p><i>Servicio de detección con EKG:</i></p> <p>Coseguro del 20%</p>

(continuación)

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Pruebas diagnósticas, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)***Pruebas de laboratorio:*

Coseguro del 20%

Terapia de radiación:

Coseguro del 20% por proveedor, por fecha de servicio

Radiología de rutina (p. ej., radiografías, radiología, servicios de diagnóstico, ecografías):

Coseguro del 20% por proveedor, por fecha de servicio

Radiología compleja (p. ej., MRI/MRA, tomografías computarizadas, estudios cardiológicos nucleares):

Coseguro del 20% por proveedor, por fecha de servicio

Si los servicios se prestan en un ASC o en un OHF, es posible que deba pagar un coseguro del 20% por visita.

Fuera de la red:**AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:***Servicio de detección con EKG:*

Coseguro del 40%

Pruebas de laboratorio:

Coseguro del 40%

Terapia de radiación:

Coseguro del 40% por proveedor, por fecha de servicio

(continuación)

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas diagnósticas, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)	<p><i>Radiología de rutina (p. ej., radiografías, radiología, servicios de diagnóstico, ecografías):</i></p> <p>Coseguro del 40% por proveedor, por fecha de servicio</p> <hr/> <p><i>Radiología compleja (p. ej., MRI/MRA, tomografías computarizadas, estudios cardiológicos nucleares):</i></p> <p>Coseguro del 40% por proveedor, por fecha de servicio</p> <hr/> <p>Si los servicios se prestan en un ASC o un OHF, usted puede ser responsable de un coseguro del 40% por visita.</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Consulte a su proveedor antes de programar los servicios para saber si el centro está identificado como parte de un hospital, ya que aplicaría el copago o coseguro más alto del centro hospitalario para pacientes ambulatorios.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita admisión como paciente internado o se le puede dar el alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si se proporcionan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencias estatales y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital y ordenar pruebas ambulatorias.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los importes de los costos compartidos por los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital por una noche, aun así se lo podría considerar como un paciente ambulatorio. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la ficha de datos de Medicare llamada <i>¿Es un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, pregunte</i>. Puede obtener esta ficha de datos en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Se aplicará un copago de \$100 por atención médica de emergencia a cualquier estadía para observación de pacientes ambulatorios de menos de 8 horas.</p> <p>AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Se aplicará un copago de \$120 por atención médica de emergencia a cualquier estadía para observación de pacientes ambulatorios de menos de 8 horas.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO:</p> <p>Copago de \$225 por estadía para estadías para observación de pacientes ambulatorios</p> <p>AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Copago de \$190 por estadía para estadías para observación de pacientes ambulatorios</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO:</p> <p>Copago de \$300 por estadía para estadías de observación de pacientes ambulatorios</p> <p>AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Copago de \$350 por estadía para estadías de observación de pacientes ambulatorios</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% por estadía para estadías para observación de pacientes ambulatorios</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% por estadía para estadías de observación de pacientes ambulatorios</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios de hospital para pacientes ambulatorios

Cubrimos los servicios necesarios por razones médicas que obtiene en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:

- Los servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o cirugía ambulatoria
- Análisis de laboratorio y pruebas diagnósticas facturados por el hospital
- Cuidado de la salud mental, incluso el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría el tratamiento para pacientes internados sin ella
- Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital
- Suministros médicos como férulas y yesos
- Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no se puede autoadministrar

Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los importes de los costos compartidos por los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital por una noche, aun así se lo podría considerar como un paciente ambulatorio. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.

Dentro de la red:

AmeriHealth Medicare Core PPO:

Copago de \$225 por estadía para cirugías hospitalarias de pacientes ambulatorios

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:

Copago de \$190 por estadía para cirugías hospitalarias de pacientes ambulatorios

AmeriHealth Medicare Secure PPO:

Copago de \$300 por estadía para cirugías hospitalarias para pacientes ambulatorios

AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:

Copago de \$350 por estadía para cirugías hospitalarias de pacientes ambulatorios

Todos los planes de AmeriHealth Medicare PPO:

Consulte “Cirugía ambulatoria, incluso los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios” para obtener más información.

* Se requiere una autorización previa para ciertos artículos. Para obtener más información, consulte la URL del sitio web de autorización previa enumerada al principio de la Sección 2.1 del Capítulo 4 o comuníquese con nuestro Equipo de Atención para Miembros.

Fuera de la red:

AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:

Coseguro del 20% para cirugías hospitalarias de pacientes ambulatorios

Coseguro del 20% para el examen de detección de cáncer colorrectal (servicio de detección colorrectal) cubierto por Medicare cuando la colonoscopia se realice en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio.

(continuación)

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios de hospital para pacientes ambulatorios (continuación)

También puede encontrar más información en la ficha de datos de Medicare llamada *¿Es un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, pregunte*. Puede obtener esta ficha de datos en el sitio web en

<https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas, los 7 días de la semana.

Fuera de la red:

AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:

Coseguro del 40% para cirugías hospitalarias para pacientes ambulatorios

Coseguro del 40% para el examen de detección de cáncer colorrectal (servicio de detección colorrectal) cubierto por Medicare cuando la colonoscopia se reciba en un hospital para pacientes ambulatorios o un centro quirúrgico ambulatorio

Dentro o fuera de la red:

Consulte “Servicios de detección de cáncer colorrectal” para obtener más información sobre lo siguiente:

- Servicios de detección de cáncer colorrectal

Consulte “Equipo médico duradero y suministros relacionados” para obtener más información sobre lo siguiente:

- Equipo médico duradero

Consulte “Atención de emergencia” para obtener más información sobre lo siguiente:

- Sala de emergencias

Consulte “Medicamentos recetados de Medicare Part B” para obtener más información sobre lo siguiente:

- Medicamentos de la Parte B

Consulte “Pruebas diagnósticas, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios” para obtener más información sobre lo siguiente:

- Radiología compleja (MRI /MRA, tomografías computarizadas, estudios cardiológicos nucleares)
- Servicio de detección con EKG
- Pruebas de laboratorio
- Terapia de radiación
- Radiología de rutina (radiografías, radiología, servicios de diagnóstico, ecografías)

(continuación)

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospital para pacientes ambulatorios (continuación)	<p>Consulte “Atención de salud mental para pacientes ambulatorios” o “Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios” para obtener más información sobre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de salud mental o abuso de sustancias <p>Consulte “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios” para obtener más información sobre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Terapia de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla) <p>Consulte “Cirugía ambulatoria, incluso los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y en centros quirúrgicos ambulatorios” para obtener más información sobre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cirugía ambulatoria <p>Consulte “Dispositivos de prótesis y suministros relacionados” para obtener más información sobre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dispositivos de prótesis <p>Consulte a su proveedor antes de programar los servicios para saber si el centro está identificado como parte de un hospital, ya que aplicaría el copago o coseguro más alto del centro hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p>Para obtener las definiciones de “colonoscopia de diagnóstico” y “examen colorrectal”, consulte el Capítulo 12 de este documento.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Servicios cubiertos:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o un médico con una licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un licensed professional counselor (LPC, asesor profesional con licencia), un marriage and family therapist (LMFT, terapeuta familiar y marital), un nurse practitioner (NP, enfermero profesional), un physician assistant (PA, asistente médico) u otro profesional de atención de la salud mental calificado por Medicare en virtud de las leyes estatales correspondientes.</p> <p>Si usted recibe beneficios de hospitalización parcial, consulte “Servicios de hospitalización parcial” para conocer las restricciones de autorización previa.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$30 por cada sesión de terapia individual</p> <p>Copago de \$20 por cada sesión de terapia grupal</p> <p>Debe recurrir a los proveedores de salud conductual de la red.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para cada sesión de terapia individual/grupal</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para cada sesión de terapia individual/grupal</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>* Se requiere autorización previa para algunos servicios.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p>	<p>Dentro de la red:</p>
<p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje.</p>	<p>AmeriHealth Medicare Core PPO:</p>
<p>Los servicios de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios se proporcionan en diferentes ámbitos para pacientes ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes y Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities (CORF, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios).</p>	<p>Copago de \$30 por proveedor, por fecha de servicio</p>
	<p>AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p>
	<p>Copago de \$20 por proveedor, por fecha de servicio</p>
	<p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p>
	<p>Copago de \$40 por proveedor, por fecha de servicio</p>
	<p>Todos los planes de AmeriHealth Medicare PPO:</p>
	<p>* Se requiere autorización previa.</p>
	<p>Fuera de la red:</p>
	<p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p>
	<p>Coseguro del 20% por proveedor, por fecha de servicio</p>
	<p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p>
	<p>Coseguro del 40% por proveedor, por fecha de servicio</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>AmeriHealth Medicare PPO presta servicios para pacientes ambulatorios para ayudar con las afecciones relacionadas con el abuso de drogas o de alcohol. La cobertura incluye la atención y el tratamiento del abuso de alcohol y drogas proporcionado por un proveedor de un hospital de cuidados intensivos o centro de salud mental. La atención y el tratamiento incluyen, por ejemplo, diagnóstico y tratamiento por abuso de sustancias, terapia de rehabilitación, asesoramiento y desintoxicación para pacientes ambulatorios por parte de un proveedor de salud del comportamiento con licencia (como un psiquiatra, psicólogo clínico, enfermero o asesor de adicciones certificado).</p> <p>Si usted recibe beneficios de hospitalización parcial, consulte “Servicios de hospitalización parcial” para conocer las restricciones de autorización previa.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$30 por cada sesión de terapia individual</p> <p>Copago de \$20 por cada sesión de terapia grupal</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para cada sesión de terapia individual/grupal</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para cada sesión de terapia individual/grupal</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Cirugía ambulatoria, incluso los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios

Nota: Si se va a realizar una cirugía en un centro hospitalario, debe verificar con su proveedor si usted será un paciente internado o un paciente ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos correspondientes a los costos compartidos por la cirugía ambulatoria. Incluso si permanece en el hospital por una noche, aun así se lo podría considerar como un paciente ambulatorio.

Dentro de la red:

AmeriHealth Medicare Core PPO:

Centro quirúrgico ambulatorio: copago de \$225 por fecha de servicio

Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$225 por fecha de servicio

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:

Centro quirúrgico ambulatorio: copago de \$190 por fecha de servicio

Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$190 por fecha de servicio

AmeriHealth Medicare Secure PPO:

Centro quirúrgico ambulatorio: copago de \$300 por fecha de servicio

Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$300 por fecha de servicio

AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:

Centro quirúrgico ambulatorio: copago de \$350 por fecha de servicio

Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$350 por fecha de servicio

Todos los planes de AmeriHealth Medicare PPO:

No se cobra ningún coseguro ni copago por el examen para la detección de cáncer colorrectal (examen colorrectal) cubierto por Medicare.

No aplicará un copago para la colonoscopia preventiva que se convierte en diagnóstico cuando se recibe en un centro hospitalario ambulatorio o un ASC.

* Se requiere una autorización previa para ciertos artículos. Para obtener más información, consulte la URL del sitio web de autorización previa enumerada al principio de la Sección 2.1 del Capítulo 4 o comuníquese con nuestro Equipo de Atención para Miembros.

(continuación)

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cirugía ambulatoria, incluso los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios (continuación)</p>	<p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio: coseguro del 20% por fecha de servicio</p> <p>Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: coseguro del 20% por fecha de servicio</p> <p>Coseguro del 20% para el examen de detección de cáncer colorrectal (examen colorrectal) cubierto por Medicare</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio: coseguro del 40% por fecha de servicio</p> <p>Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: coseguro del 40% por fecha de servicio</p> <p>Coseguro del 40% para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare (examen colorrectal)</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Consulte a su proveedor antes de programar los servicios para saber si el centro está identificado como parte de un hospital, ya que aplicaría el copago más alto del centro hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p>Para obtener información sobre los copagos para los servicios no quirúrgicos, consulte “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios”.</p> <p>Para obtener las definiciones de “colonoscopia de diagnóstico” y “examen colorrectal”, consulte el Capítulo 12 de este documento.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Artículos Over-the-counter (OTC, sin receta)</p> <p>Puede utilizar su tarjeta CARE de AmeriHealth para comprar artículos OTC elegibles en la tienda en los establecimientos minoristas participantes. Los artículos sin receta elegibles incluyen suministros de primeros auxilios, vitaminas, medicamentos para resfriados y alergias, entre otros.</p> <p>También puede utilizar su tarjeta CARE de AmeriHealth para pedir artículos OTC elegibles por teléfono o por catálogo en línea para entregarse a través de nuestro proveedor exclusivo.</p> <p>Los artículos no elegibles o los artículos comprados en establecimientos minoristas no participantes NO estarán cubiertos. Para los pedidos en línea solo puede usar nuestro proveedor/tienda(s) en línea minorista(s).</p> <p>Para obtener información adicional sobre el beneficio OTC, incluido cómo realizar un pedido, los minoristas participantes y una lista de artículos elegibles, visite www.amerihealthmedicare.com/carecard o comuníquese con nuestro Equipo de Atención para Miembros.</p>	<p>AmeriHealth Medicare Core PPO: Asignación trimestral de \$50 para artículos OTC elegibles</p> <p>AmeriHealth Medicare Enhanced PPO: Asignación trimestral de \$100 para artículos OTC elegibles</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO: Asignación trimestral de \$30 para artículos sin receta elegibles</p> <p>AmeriHealth Medicare Ultimate PPO: Sin cobertura</p> <p>Planes AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO y AmeriHealth Medicare Secure PPO: La asignación OTC está cargada previamente en la tarjeta CARE de AmeriHealth. La asignación no se traslada al trimestre siguiente si no se utiliza.</p>
<p>Cuidado paliativo</p> <p>El programa de cuidado paliativo ofrecido por su plan se proporciona a los miembros y, generalmente, está a disposición de las personas entre 12 y 18 meses antes de los cuidados terminales (hospicio). Los servicios de cuidado paliativo son domiciliarios y administran activamente todos los aspectos de las necesidades de salud física, psicosociales y espirituales de un miembro. El énfasis del programa de atención es ayudar a manejar el dolor, el estrés y el alivio de síntomas. Los miembros tienen acceso al equipo de administración de casos de cuidado paliativo las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Dentro o fuera de la red: Copago de \$0 para los servicios domiciliarios de cuidado paliativo proporcionados a través del programa de administración de casos de cuidado paliativo.</p> <p>Para obtener una definición de “cuidado paliativo”, consulte el Capítulo 12 de este cuadernillo.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se presta como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención que se brinda en el consultorio del médico o del terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización del paciente.</p> <p>“Servicio intensivo para pacientes ambulatorios” es un programa estructurado de terapia de salud conductual (mental) que se brinda en el departamento de atención para pacientes ambulatorios de un hospital, en un centro comunitario de salud mental, en un centro de salud calificado por el Gobierno o en una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención que se brinda en el consultorio del médico o del terapeuta, pero menos intenso que una hospitalización parcial.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Enhanced PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO, AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Copago de \$40 por proveedor, por fecha de servicio</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% por proveedor, por fecha de servicio</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% por proveedor, por fecha de servicio</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios del médico, incluso visitas al consultorio del médico

Servicios cubiertos:

- Cuidado médico o servicios quirúrgicos necesarios por razones médicas proporcionados en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación
- Consultas, diagnósticos y tratamiento por parte de un especialista
- Exámenes de la audición y el equilibrio básicos realizados por el especialista si el médico los solicita para determinar si usted necesita tratamiento médico
- Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: visitas al médico de cuidados primarios, visitas al especialista y otros profesionales de atención médica y visitas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
 - Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita presencial o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios por telesalud, debe recurrir a un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. Consulte a su proveedor de atención médica las instrucciones sobre cómo acceder a sus servicios de telesalud y sobre cualquier requisito tecnológico (audio/video).
- Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa final para los miembros con diálisis en el hogar en un centro hospitalario o de diálisis renal hospitalario de acceso crítico o en el hogar del miembro

Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación

(continuación)

Dentro de la red:

AmeriHealth Medicare Core PPO:

Proveedor de atención primaria: copago de \$0 por visita

Especialista: copago de \$20 por visita

Copago de \$20 para los servicios dentales que no sean de rutina y estén cubiertos por Medicare en el consultorio de un especialista

Copago de \$20 por visita, por tipo de proveedor para cada examen de la audición cubierto por Medicare

Otro profesional de atención médica: copago de \$20 por visita

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:

Proveedor de atención primaria: copago de \$0 por visita

Especialista: copago de \$5 por visita

Copago de \$5 para los servicios dentales que no sean de rutina y estén cubiertos por Medicare en el consultorio de un especialista

Copago de \$5 por visita, por tipo de proveedor para cada examen de la audición cubierto por Medicare

Otro profesional de atención médica: copago de \$5 por visita

AmeriHealth Medicare Secure PPO:

Proveedor de atención primaria: copago de \$0 por visita

Especialista: copago de \$40 por visita

Copago de \$40 para los servicios dentales no de rutina cubiertos por Medicare en el consultorio de un especialista

Copago de \$40 por visita, por tipo de proveedor para cada examen de la audición cubierto por Medicare

Otro profesional de atención médica: copago de \$40 por visita

AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p>Proveedor de atención primaria: copago de \$0 por visita</p> <p>Especialista: copago de \$50 por visita</p> <p>Copago de \$50 para los servicios dentales no de rutina cubiertos por Medicare en el consultorio de un especialista</p> <p>Copago de \$50 por visita, por tipo de proveedor para cada examen de la audición cubierto por Medicare</p> <p><i>Otro profesional de atención médica: copago de \$50 por visita</i></p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios del médico, incluso visitas al consultorio del médico (continuación)

- Servicios de telesalud para los miembros con trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental coocurrente, independientemente de su ubicación
- Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de la salud mental si:
 - Tiene una visita presencial dentro de los seis meses antes de su primera visita de telesalud
 - Tiene una visita presencial cada doce meses mientras recibe estos servicios de telesalud
 - Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias
- Servicios de telesalud para visitas de salud mental provistas por Clínicas de salud rurales y Centros de salud calificados a nivel federal
- Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante cinco a diez minutos **si**:
 - no es paciente nuevo **y**
 - la consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos siete días **y**
 - la consulta no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en el primer turno disponible.

Planes de AmeriHealth Medicare Core PPO:

Fisioterapia/ocupacional/del habla:

Copago de \$30 por visita

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:

Fisioterapia/ocupacional/del habla:

Copago de \$20 por visita

AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:

Fisioterapia/ocupacional/del habla:

Copago de \$40 por visita

* Se requiere una autorización previa para servicios dentro de la red seleccionados.

Fuera de la red:

AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:

Proveedor de atención primaria: coseguro del 20%.

Especialista: coseguro del 20%.

Coseguro del 20% para servicios dentales que no sean de rutina y están cubiertos por Medicare

Coseguro del 20% para servicios de la audición que no sean de rutina y están cubiertos por Medicare

AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:

Proveedor de atención primaria: coseguro del 40%

Especialista: coseguro del 40%

Coseguro del 40% para servicios dentales no de rutina cubiertos por Medicare

Coseguro del 40% para servicios de la audición no de rutina cubiertos por Medicare

Los servicios de telemedicina adicionales para visitas al PCP, visitas a especialistas y fisioterapia/terapia ocupacional/terapia del habla que se reciban fuera de la red no estarán cubiertos.

(continuación)


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios del médico, incluso visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de los videos o de las imágenes que envía a su médico y la interpretación y el seguimiento de su médico en un plazo de 24 horas <u>si sucede lo siguiente:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ no es paciente nuevo y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos siete días y ○ la evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en el primer turno disponible. • Consultas que su médico realiza con otros médicos a través del teléfono, Internet o registros electrónicos de salud • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Cuidado dental no de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación para enfermedades neoplásicas de cáncer o servicios que serían cubiertos si los proporcionara un médico) 	<p>Los servicios de telemedicina cubiertos por Medicare para la atención de la salud mental de pacientes ambulatorios y los servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios están cubiertos fuera de la red. Consulte “Atención de la salud mental de pacientes ambulatorios” y “Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios” para obtener más información.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Todos los planes de AmeriHealth Medicare PPO:</p> <p><i>Servicios de terapia de salud mental/abuso de sustancias:</i></p> <p>Copago de \$30 por cada sesión de terapia individual</p> <p>Copago de \$20 por cada sesión de terapia grupal</p> <p>Se debe recurrir a un proveedor de salud conductual dentro de la red</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Consulte a su proveedor antes de programar los servicios para saber si el centro está identificado como parte de un hospital, ya que aplicaría el copago más alto del centro hospitalario para pacientes ambulatorios.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de podología</p> <p>Servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáreo) • Cuidado de rutina de pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores (podología cubierta por Medicare) • Cuidado de rutina de pies para los miembros, hasta seis visitas complementarias por año (podología no cubierta por Medicare) 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Planes de AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Copago de \$20 por visita para la atención cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$20 por visita para la atención de rutina sin cobertura de Medicare</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Copago de \$15 por visita para la atención cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$15 por visita para la atención de rutina que no está cubierta por Medicare</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% por visita para la atención cubierta por Medicare</p> <p>Coseguro del 20% por visita para la atención de rutina que no está cubierta por Medicare</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% por visita para la atención cubierta por Medicare</p> <p>Coseguro del 40% por visita para la atención de rutina no cubierta por Medicare</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>* Los copagos o coseguros de las visitas de podología de rutina no cuentan a favor del gasto de su bolsillo máximo.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Servicios de detección del cáncer de próstata</p> <p>Para hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada doce meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen rectal digital Prueba para detectar el Prostate Specific Antigen (PSA, antígeno prostático específico) 	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago por la prueba anual para detectar el PSA.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para una prueba de PSA anual</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para una prueba PSA anual</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>
<p>Dispositivos de prótesis y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (aparte de los odontológicos) que reemplazan, por completo o en parte, una parte o función del cuerpo. Esto incluye, entre otros, bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos de prótesis y la reparación o el reemplazo de estos dispositivos. Además, incluye una cobertura parcial después de una extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas. Consulte Atención de la vista más adelante en esta sección para obtener más información.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Coseguro del 20% para prótesis</p> <p>* Se requiere una autorización previa para ciertos artículos. Para obtener más información, consulte la URL del sitio web de autorización previa enumerada al principio de la Sección 2.1 del Capítulo 4 o comuníquese con nuestro Equipo de Atención para Miembros (los teléfonos se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para prótesis</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para prótesis</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen una Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD, enfermedad pulmonar obstructiva crónica) de moderada a muy severa y una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p> <p>El programa incluye ejercicios, y servicios de educación y de asesoramiento.</p> <p>El médico debe recetar el programa (se requiere una orden o una receta).</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$15 por proveedor, por fecha de servicio</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% por proveedor, por fecha de servicio</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% por proveedor, por fecha de servicio</p>
<p> Servicio de detección y orientación para reducir el uso indebido del alcohol</p> <p>Cubrimos un servicio de detección de uso indebido del alcohol para adultos con Medicare (incluso mujeres embarazadas) que hacen un uso indebido del alcohol, pero que no son dependientes de este.</p> <p>Si el examen resulta positivo para el uso indebido del alcohol, puede obtener hasta cuatro sesiones de orientación breves en persona por año (si es competente y está alerta durante la orientación) proporcionadas por un médico atención primaria u otro profesional calificado en un ámbito de atención primaria.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago para el examen y la orientación cubiertos por Medicare para reducir el uso indebido del alcohol mediante el beneficio preventivo.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para el examen de detección y el asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol cubiertos por Medicare a través del beneficio preventivo</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para el examen y la orientación cubiertos por Medicare para reducir el uso indebido del alcohol mediante el beneficio preventivo</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Servicio de detección de cáncer de pulmón con Low Dose Computed Tomography (LDCT, tomografía computarizada de dosis baja)</p> <p>Para las personas que califiquen, se cubre una LDCT cada doce meses.</p> <p>Los miembros elegibles son los siguientes: personas entre 50 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de fumar tabaco, al menos veinte paquetes por año, y que actualmente fuman o han dejado de fumar dentro de los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para la LDCT durante una visita de orientación y toma de decisiones compartida de un examen de detección de cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y es proporcionada por un médico o profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para los servicios de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del servicio de detección con LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden escrita para el servicio de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede proporcionarse durante cualquier visita apropiada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado elige proporcionar una visita de orientación y toma de decisiones compartida sobre un servicio de detección de cáncer de pulmón para servicios posteriores con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago para la visita de orientación y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida, o para la LDCT cubiertos por Medicare</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para la visita de orientación y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Servicio de detección de Sexually Transmitted Infection (STI, infecciones de transmisión sexual) y orientación para evitar las STI</p> <p>Cubrimos los servicios de detección de STI para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos servicios de detección están cubiertos para las embarazadas y para ciertas personas con un riesgo mayor de contraer una STI cuando un proveedor de atención primaria solicita dichas pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada doce meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad, de manera presencial, de 20 a 30 minutos, cada año para adultos sexualmente activos que tienen un riesgo mayor de contraer una STI. Solamente cubriremos estas sesiones de orientación como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención primaria y tienen lugar en un ámbito de atención primaria, como un consultorio médico.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago para el examen de detección de STI cubierto por Medicare y el asesoramiento para evitar las STI mediante el beneficio preventivo.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para el examen de detección de STI y el asesoramiento para evitar las STI cubiertos por Medicare a través del beneficio preventivo</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para el examen de detección de STI cubierto por Medicare y el asesoramiento para evitar las STI mediante el beneficio preventivo</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios para tratar las enfermedades renales

Servicios cubiertos:

- Servicios de educación sobre enfermedades renales que enseñan sobre el cuidado de los riñones y ayudan a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para los miembros con enfermedades renales crónicas en etapa IV, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales de por vida cuando son remitidos por su médico
- Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera de la zona de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor de este servicios se encuentre temporalmente sin disponibilidad o inaccesible)
- Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si usted fue admitido como paciente internado en un hospital para recibir cuidado especial)
- Entrenamiento de autodiálisis (incluye el entrenamiento para usted y para cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)
- Equipo y suministros de diálisis en el hogar

Determinados servicios de asistencia en el hogar (como las visitas de los trabajadores de diálisis capacitados para controlar la diálisis en su hogar, ayudar ante emergencias y controlar el equipo de diálisis y el suministro de agua, si fuera necesario) El beneficio de medicamentos de Medicare Part B cubre ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener más información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección **Medicamentos recetados de Medicare Part B**.

Dentro de la red:

No hay ningún copago por servicios de educación sobre enfermedades renales.

Coseguro del 20% para servicios de diálisis

Fuera de la red:

AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:

Coseguro del 20% para servicios de educación sobre enfermedades renales

Diálisis para pacientes ambulatorios: Coseguro del 20%

AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:

Coseguro del 40% para servicios de educación sobre enfermedades renales

Diálisis para pacientes ambulatorios: Coseguro del 20%

Dentro o fuera de la red:

Diálisis para pacientes internados: No se aplica ningún copago ni coseguro para la diálisis de pacientes internados cuando la reciben durante la internación.

Diálisis para pacientes ambulatorios: Coseguro del 20%

Si se realiza en el consultorio del proveedor, solo se aplicará el coseguro de diálisis.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)


Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en centros de enfermería especializada</p> <p>(Para obtener una definición de atención en centros de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. A veces, los centros de enfermería especializada se denominan SNF).</p> <p>100 días por periodo de beneficios de Medicare. No requiere internación previa en hospital. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si fuera necesaria por razones médicas) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (incluidas sustancias que están presentes de manera natural en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea) • Sangre: incluye almacenamiento y administración. Todos los componentes sanguíneos están cubiertos comenzando desde la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente proporcionados por los SNF • Análisis de laboratorio normalmente proporcionados por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente proporcionados por los SNF • Uso de dispositivos como sillas de rueda normalmente proporcionados por los SNF • Servicios del médico o profesional 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$203 por día para los días 21 a 100</p> <p>* Se requiere autorización previa.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20%</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40%</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Un periodo de beneficios es la manera en que nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada. Nuestro plan utiliza los periodos de beneficios para las estadías en centros de enfermería especializada, aunque no utilizamos los periodos de beneficios para medir las internaciones. El periodo de beneficios comienza el día en que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando no ha recibido ningún tipo de atención hospitalaria para paciente internado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos.</p> <p>Si ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada después de que haya terminado un periodo de beneficios, se iniciará un nuevo periodo de beneficios. No hay límite en el número de periodos de beneficios.</p>

(continuación)

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en centros de enfermería especializada (continuación)	
<p>Generalmente, obtendrá cuidado de los SNF en los centros de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones enumeradas a continuación, puede pagar los costos compartidos dentro de la red por un centro que no es proveedor de la red, si dicho centro acepta los importes de nuestro plan como pago.</p>	
<ul style="list-style-type: none">• Una residencia para ancianos o comunidad para adultos mayores con cuidado continuo donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención en centros de enfermería especializada)• Un SNF en el que su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted deja el hospital	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar y de consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de orientación para dejar de fumar dentro de un periodo de doce meses como servicio preventivo de manera gratuita. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas en persona.</p> <p><u>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con este o toma medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de orientación para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de orientación para dejar de fumar dentro de un periodo de doce meses; sin embargo, usted pagará los costos compartidos correspondientes. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas en persona.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco que están cubiertos por Medicare</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare</p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</p>	
<p>Programa de comidas</p>	
<p>Miembros de AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p>	<p>Dentro de la red:</p>
<p>Después de una internación, los miembros pueden recibir tres comidas por día, siete días por semana, hasta por cuatro semanas, dos veces por año.</p>	<p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Copago de \$0 para comidas</p>
<p>Para recibir comidas, los miembros deben:</p>	<p>Fuera de la red:</p> <p>Sin cobertura</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Participar en el programa Transiciones del cuidado 	
<p>Y</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Recibir un diagnóstico de una de las siguientes afecciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cáncer colorrectal ○ Cáncer de endometrio ○ Cáncer de mama femenino o masculino ○ Cáncer de pulmón ○ Cáncer de próstata 	
<p>O</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Recibir un diagnóstico de las siguientes dos afecciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diabetes ○ Congestive Heart Failure (CHF, Insuficiencia cardíaca congestiva) 	
<p>Las comidas se proporcionarán después de que reciban el alta luego de una internación en el hospital de cuidados intensivos, centro de enfermería especializada, centro de cuidados intensivos a largo plazo, centro de rehabilitación intensiva o estadia en un centro de rehabilitación.</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Supervised Exercise Therapy (SET, Terapia supervisada de ejercicios)</p>	<p>Dentro de la red:</p>
<p>La SET tiene cobertura para los miembros que tienen una Peripheral Artery Disease (PAD, enfermedad arterial periférica) sintomática.</p>	<p>Copago de \$25 por visita</p>
<p>Hasta 36 sesiones por un periodo de doce semanas cubiertas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p>	<p>Fuera de la red:</p>
<p>El programa de SET debe:</p>	<p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Incluir sesiones que duren de 30 a 60 minutos y comprendan un programa de entrenamiento y ejercicios terapéuticos para la PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un hospital para pacientes ambulatorios o el consultorio de un médico • Proporcionarse a través del personal auxiliar calificado necesario para asegurarse de que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapias de ejercicios para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero profesional/especialista en enfermería clínica que debe contar con capacitación tanto en técnicas básicas como avanzadas de apoyo vital 	<p>Coseguro del 20%</p>
<p>Se pueden cubrir más de 36 sesiones de SET durante doce semanas por 36 sesiones adicionales por un periodo extendido si un proveedor de atención médica lo considera necesario por razones médicas.</p>	<p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p>
	<p>Coseguro del 40%</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Visitas de telemedicina****Se debe utilizar Teladoc Health para las visitas de telemedicina.**

Tiene acceso fácil y confidencial a médicos con licencia de los Estados Unidos y certificados por la junta de calidad para realizar visitas médicas generales que no son de emergencia, visitas de salud mental/conductual y visitas de dermatología a través de Teladoc. Conéctese virtualmente desde la comodidad de su hogar a través de su computadora, tableta o teléfono inteligente. Los servicios de telesalud adicionales recibidos de otros proveedores dentro de la red incluirán un copago en el consultorio. No todos los servicios se pueden proveer como una visita de telesalud. Consulte la sección "Servicios de médicos, incluso visitas al consultorio del médico" de la tabla de beneficios médicos para obtener más información sobre los servicios de telesalud adicionales cubiertos.

Visitas médicas generales

Tiene acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para hablar con un médico sobre afecciones que no son de emergencia, como gripe, alergias, tos, dolor de garganta, sarpullidos y más.

Las visitas se pueden programar llamando al 1-800-835-2362 (TTY/TDD: 711), en línea en teladochealth.com/signin o a través de la aplicación móvil de Teladoc Health.

Visitas de salud mental/conductual

Tiene acceso para hablar con un terapeuta o un psiquiatra con cita previa, los 7 días de la semana, de 7:00 a. m. a 9:00 p. m., por teléfono o video, por depresión, ansiedad, estrés y más. Puede optar por consultar al mismo proveedor para visitas recurrentes.

Las visitas se deben programar en línea en teladochealth.com/signin o a través de la aplicación móvil de Teladoc Health.

Las visitas de salud mental/conductual se deben programar a través de la plataforma en línea en teladochealth.com/signin. Las visitas no se pueden programar por teléfono. (continuación)

Visitas médicas generales (centradas en afecciones médicas que no son de emergencia mediante la conexión con un médico con una licencia estatal)

Copago de \$0 por visita

Visitas de salud mental/conductual (centradas en servicios de terapia y asesoramiento mediante la conexión con un terapeuta o un psiquiatra con una licencia estatal)

Copago de \$0 por visita

Visitas de dermatología (centradas en el diagnóstico y el tratamiento de afecciones de la piel, del cabello y de las uñas mediante la conexión de los miembros con dermatólogos certificados por la Junta)

Copago de \$0 por visita

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Visitas de telemedicina (continuación)	
Consultas de dermatología	
Los miembros deben completar una evaluación de salud mental a través de la plataforma del sitio web antes de programar una cita.	
Tiene acceso a un dermatólogo para diagnosticar y tratar afecciones de la piel, como eczema, psoriasis, acné y más.	
Las visitas de dermatología no son en tiempo real. Puede subir las imágenes a través de la plataforma segura en línea que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en teladochealth.com/signin o a través de la aplicación móvil de Teladoc Health. Puede realizar preguntas de seguimiento mediante un mensaje después de la visita y por un máximo de 7 días.	
Puede comenzar más de 1 visita de dermatología a la vez. También puede consultar al mismo proveedor de Dermatología todas las veces.	
* Teladoc Health no está disponible internacionalmente.	
Los miembros deben completar una evaluación integral de la historia clínica, ya sea en línea o por teléfono con un representante designado de Teladoc Health, antes de recibir servicios de telemedicina.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de transporte</p> <p>El beneficio de transporte de un proveedor específico del plan incluye 24 viajes de ida por año a centros médicos aprobados por el plan. Los medios de transporte incluyen taxi, servicios de vehículo compartido, furgoneta, sedán médico y furgoneta para sillas de ruedas. Se aplica un límite de millajes de 80 millas por viaje de ida.</p> <p>Para obtener más información, visite www.amerihealthmedicare.com/bookaride.</p> <p>Al reservar viajes, los miembros pueden especificar el modo de transporte que necesitan.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Copago de \$0 para servicios de transporte</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Se proporcionan los servicios de urgencia para tratar enfermedades, lesiones o afecciones imprevistas que no son emergencias y que requieren una atención médica de inmediato, pero por sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores dentro de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y por alguna razón médica. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red: se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios de inmediato por razones médicas para una afección imprevista, pero no se trata de una emergencia médica; o bien, dadas las circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios que se necesitan de manera urgente y se proporcionan fuera de la red son los mismos que para los servicios proporcionados dentro de la red.</p> <p>Los servicios que se necesitan de manera urgente están cubiertos en todo el mundo.</p> <p>Para obtener una lista de los centros de cuidados de urgencia de la red, llame al Equipo de Atención para Miembros.</p>	<p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO: Clínica en establecimiento minorista: copago de \$10 Centro de cuidados de urgencia: copago de \$40</p> <p>AmeriHealth Medicare Enhanced PPO: Clínica en establecimiento minorista: copago de \$5 Centro de cuidados de urgencia: copago de \$40</p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO: Clínica en establecimiento minorista: copago de \$15 Centro de cuidados de urgencia: copago de \$40</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO, AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO: Atención de urgencia en todo el mundo: copago de \$100</p> <p>No está exento del copago si es admitido a un hospital para pacientes internados.</p> <p>AmeriHealth Medicare Enhanced PPO: Atención de urgencia en todo el mundo: copago de \$120</p> <p>No está exento del copago si es admitido a un hospital para pacientes internados.</p> <p>Para obtener una definición de “clínica en establecimiento minorista”, consulte el Capítulo 12 de este cuadernillo.</p> <p>Si recibe cuidados de emergencia fuera de los Estados Unidos, debe pagar su cuidado y enviar la reclamación para la consideración del reembolso. Para obtener detalles sobre cómo solicitar un reembolso, consulte la Sección 5.5 del Capítulo 9.</p> <p>* Los copagos por los servicios que se necesitan de manera urgente recibidos fuera de los Estados Unidos no cuentan a favor del gasto de su bolsillo máximo y no estará exento de ellos si es admitido.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)



Atención de la vista

Servicios cubiertos:

- Los servicios del médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones en el ojo, incluso el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre los exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto.
- Para las personas con riesgo alto de glaucoma, cubriremos un examen de detección del glaucoma por año. Entre las personas con alto riesgo de glaucoma se incluyen aquellas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos que tienen más de 50 años e hispanos americanos que tienen más de 65 años.
- Para las personas con diabetes, se cubren servicios de detección de retinopatía diabética una vez por año.
- Un par de anteojos o un par de lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de lentes intraoculares. (Si tiene dos operaciones de cataratas distintas, no puede mantener el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).
- Nuestro plan cubre marcos convencionales y lentes para cataratas cubiertos por Medicare hasta la cantidad autorizada por Medicare.

NOTA: Las mejoras como marcos de lujo, lentes progresivas y mejoras adicionales de lentes (entre otras, lentes de transición, resistentes a rayas o tintadas) no están cubiertas para anteojos/lentes después de una cirugía de cataratas. Usted puede pagar las mejoras si lo elige.

(continuación)

Atención de la vista cubierta por Medicare Dentro de la red:

AmeriHealth Medicare Core PPO:

Copago de \$20 para cada examen de la vista cubierto por Medicare

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:

Copago de \$5 para cada examen de la vista cubierto por Medicare

AmeriHealth Medicare Secure PPO:

Copago de \$40 para cada examen de la vista cubierto por Medicare

AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:

Copago de \$50 para cada examen de la vista cubierto por Medicare

Todos los planes de AmeriHealth Medicare PPO:

No se aplica ningún coseguro ni copago para un examen de retinopatía diabética o examen de la retina con pupila dilatada.

No se aplica ningún coseguro ni copago para los servicios de detección de glaucoma cubiertos por Medicare.

No se aplica ningún coseguro ni copago para un par de anteojos o lentes de contacto convencionales cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.

Fuera de la red:

AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:

Coseguro del 20% para cada examen de la vista cubierto por Medicare

Coseguro del 20% para un examen de la retina de pacientes diabéticos o un examen de la retina con pupilas dilatadas

Coseguro del 20% para exámenes de detección de glaucoma cubiertos por Medicare

Coseguro del 20% del monto cubierto por Medicare para un par de anteojos o de lentes de contacto estándares y cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista (continuación)	AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:
<p>Además, cubrimos los siguientes servicios de la vista de rutina que no están cubiertos por Medicare:</p>	<p>Coseguro del 40% por cada examen de la vista cubierto por Medicare</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Un examen de rutina de la vista (no cubierto por Medicare) cubierto cada año • Anteojos: un par de armazones y lentes o lentes de contacto en lugar de armazones y lentes. Cubiertos cada año. 	<p>Coseguro del 40% para un examen de retinopatía diabética o examen de la retina con pupila dilatada</p>
<p>Nuestro plan no cubre mejoras de lentes, lo que incluye, entre otros: lentes de transición, progresivas, pulidas, resistentes a raspaduras o tintadas ni seguro de visión/lentes.</p>	<p>Coseguro del 40% para servicios de detección de glaucoma cubiertos por Medicare</p>
(continuación)	<p>Coseguro del 40% del monto cubierto por Medicare para un par de anteojos o lentes de contacto convencionales cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas</p>
	<p>Dentro o fuera de la red:</p>
	<p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>
	<p>Busque los proveedores dentro de la red que prestan servicios de la vista cubiertos por Medicare a través de nuestra herramienta <i>Provider Finder</i> en www.amerihealthmedicare.com/providerfinder.</p>
	<p><u>Atención de la vista de rutina que no está cubierta por Medicare</u></p>
	<p>Dentro de la red:</p>
	<p>Copago de \$0 para un examen de la vista de rutina por año</p>
	<p>Busque los proveedores participantes de la red Davis Vision en www.amerihealthmedicare.com/davisvision.</p>
	<p>Si compra anteojos (marcos de anteojos y lentes) de la colección Davis Vision, los marcos y los lentes están totalmente cubiertos (pueden aplicarse algunas restricciones).</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista (continuación)	<p>Atención de la vista de rutina fuera de la red: Coseguro del 80% Debe pagar por adelantado y enviar una reclamación para la atención de la vista fuera de la red.</p> <p>Atención de la vista de rutina dentro y fuera de la red: Asignación de \$100 al año para lentes de contacto en lugar de anteojos de rutina (armazones y lentes). Si compra anteojos (marcos y lentes) fuera de la colección Davis Vision, pero de un proveedor de Davis Vision, tiene una cobertura de hasta la asignación combinada de servicios dentro y fuera de la red que se muestra a continuación (vea las restricciones informadas en la columna izquierda). Si compra anteojos (marcos y lentes) de Visionworks, tiene una cobertura de hasta la asignación combinada de servicios dentro y fuera de la red que se muestra a continuación (vea las restricciones informadas en la columna izquierda). Los anteojos (armazones y lentes, o lentes de contacto) tienen una asignación combinada de \$100 por año que se aplica dentro y fuera de la red. Para los anteojos (marcos y lentes) de proveedores nacionales de Visionworks existe una asignación combinada de \$200 por año que se aplica cuando está dentro o fuera de la red.</p> <p>* Los servicios de la vista de rutina (exámenes y anteojos) no se incluyen como parte de su gasto de bolsillo máximo anual.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios con cobertura	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Visita preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre por única vez una visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluso ciertos servicios de detección y vacunas) y remisiones para otro cuidado si fuera necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importante: Cubrimos la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses en los que obtiene Medicare Part B. Cuando programe una cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. 	<p>Dentro de la red:</p> <p>No se aplica ningún coseguro ni copago para la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>AmeriHealth Medicare Core PPO y AmeriHealth Medicare Enhanced PPO:</p> <p>Coseguro del 20% para la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i></p> <p>AmeriHealth Medicare Secure PPO y AmeriHealth Medicare Ultimate PPO:</p> <p>Coseguro del 40% para la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i></p> <p>Dentro o fuera de la red:</p> <p>Si aparte recibe otra evaluación u otro servicio que no sean preventivos, se aplicará un copago. El importe del copago depende de la clase de proveedor o el lugar del servicio.</p>

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

Sección 3.1 Servicios que *no* están cubiertos (exclusiones)

En esta sección se indica qué servicios están *excluidos* de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no tienen cobertura en ninguna condición o que tienen cobertura únicamente en condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (que no tienen cobertura), usted debe pagarlos, excepto en las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, estos no tienen cobertura y nuestro plan no los pagará.

La única excepción es en el caso de que el servicio se apele y se determine mediante una apelación que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir 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 usted paga)

Servicios sin cobertura de Medicare	Sin cobertura en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Acupuntura		<ul style="list-style-type: none"> • Disponible para personas con dolor de espalda baja crónico en ciertas circunstancias. <p>Servicios de rutina no cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura para dolor de cabeza (migraña y por tensión), náuseas y vómitos posoperatorios, náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia, dolor lumbar, dolor crónico en el cuello, dolor por osteoartritis de la rodilla y cadera.
Cirugía o procedimientos estéticos		<ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en casos de heridas por accidente o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con malformación. • Cubiertos en todas las etapas de reconstrucción de la mama después de una mastectomía, así como de la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
<p>Atención de compañía</p> <p>La atención de compañía es personal y no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con actividades diarias como bañarse o vestirse.</p>	No está cubierto en ninguna circunstancia.	
Implantes dentales	No está cubierto en ninguna circunstancia.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios sin cobertura de Medicare	Sin cobertura en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
<p>Medicamentos, equipamiento y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales</p> <p>Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos que Medicare Original considera que no están aceptados en términos generales por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Puede cubrirlos Medicare Original conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o puede hacerlo nuestro plan. <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre estudios clínicos).</p>
Tarifas que le cobren sus familiares directos o miembros de su hogar	No está cubierto en ninguna circunstancia.	
Cuidado de enfermería de tiempo completo en su vivienda	No está cubierto en ninguna circunstancia.	
Servicios de empleada doméstica, que incluyen cuidados básicos de limpieza del hogar o preparación de comidas simples.	No está cubierto en ninguna circunstancia.	
Servicios de naturópatas (con tratamientos naturales o alternativos)	No está cubierto en ninguna circunstancia.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios sin cobertura de Medicare	Sin cobertura en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Cuidado dental no de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • El cuidado dental requerido para tratar enfermedades o lesiones puede cubrirse como cuidados para pacientes internados o como cuidados para pacientes ambulatorios. • Su plan puede incluir algunos servicios dentales integrales que no están cubiertos por Medicare. Consulte la fila Servicios dentales en la tabla de beneficios médicos para obtener más información.
Calzados ortopédicos o dispositivos de apoyo para pies		<ul style="list-style-type: none"> • Calzados que son parte de un refuerzo para pierna y están incluidos en el costo del refuerzo. Calzados ortopédicos o terapéuticos para personas con la enfermedad de pie diabético.
Los efectos personales de su habitación en el hospital o centro de enfermería especializada, como teléfono o televisor	No está cubierto en ninguna circunstancia.	
Habitación privada en un hospital		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto solo cuando sea necesario por razones médicas.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios sin cobertura de Medicare	Sin cobertura en ninguna condición	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas ópticas		<ul style="list-style-type: none"> Los exámenes oculares y un par de anteojos (o lentes de contacto) convencionales cubiertos por Medicare están cubiertos para personas que tuvieron una cirugía de cataratas (sin mejoras de marcos o lentes). Exámenes de la vista de rutina y anteojos
Procedimientos para revertir la esterilización o suministros anticonceptivos no recetados	No está cubierto en ninguna circunstancia.	
Cuidados quiroprácticos de rutina		<ul style="list-style-type: none"> La manipulación manual de la columna para corregir una subluxación tiene cobertura. Las visitas complementarias de rutina, hasta seis por año, están cubiertas.
Atención podológica de rutina		<ul style="list-style-type: none"> Cobertura limitada proporcionada según las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes). Las visitas complementarias de rutina, hasta seis por año, están cubiertas.
Servicios considerados no razonables o necesarios, según los estándares de Medicare Original	No está cubierto en ninguna circunstancia.	
Servicios de ambulancia internacionales	No está cubierto en ninguna circunstancia.	

CAPÍTULO 5: Uso
de la cobertura del plan para
medicamentos recetados de la
Parte D

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo **se explican las reglas para el uso de su cobertura para los medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para ver los beneficios de medicamentos y los beneficios de medicamentos de hospicio de Medicare Part B.

Sección 1.1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

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

- Un proveedor (un médico, dentista u otro médico prescriptor) debe extenderle una receta, la cual se debe validar según la ley estatal correspondiente.
- Su médico prescriptor no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas 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 (nos referimos a ella de manera abreviada como “Lista de medicamentos”). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben aparecer en la lista de medicamentos del plan*).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica autorizada. Una indicación médicamente aceptada es el uso de un medicamento que está aprobado por la Food and Drug Administration o está respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica autorizada).

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de compra por correo del plan

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información sobre cuáles son los casos en los que cubriremos recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene contrato con el plan para proporcionarle medicamentos recetados que tienen cobertura. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que están en la lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su zona?

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar su *directorio de proveedores/farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.amerihealthmedicare.com/directory) o llamar a nuestro Equipo de Atención para Miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas de las farmacias de nuestra red proveen un costo compartido preferido, el cual puede ser menor al costo compartido en una farmacia que ofrezca el costo compartido estándar. El *Directorio de proveedores y farmacias* le

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

indicará cuál de las farmacias de la red ofrece costos compartidos preferidos. Póngase en contacto con nosotros para obtener más información sobre cómo podrían variar sus costos de bolsillo para distintos medicamentos.

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

En caso de que la farmacia que ha estado utilizando abandone la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia adherida a la red. O bien, si la farmacia que ha estado utilizando sigue adherida a la red, pero ya no ofrece costos compartidos preferidos, puede cambiarse a otra red o farmacia preferida, si están disponibles. Para encontrar otra farmacia en su zona, puede obtener ayuda de nuestro Equipo de Atención para Miembros o puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.amerihealthmedicare.com/pharmacyfinder.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapias de infusión domiciliarias.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de Long-Term Care (LTC, cuidado a largo plazo). Por lo general, un centro de LTC (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a los beneficios de la Parte D en un centro de LTC, contáctese con nuestro Equipo de Atención para Miembros.
- Farmacias que prestan servicios a Indian Health Service (Servicio de Salud Indígena), programas tribales y Urban Indian Health Program (Programa de Salud Indígena Urbano) (no disponibles en Puerto Rico). Solo los indígenas americanos o indígenas de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red, excepto en casos de emergencias.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren manejo especializado, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (**Nota:** Esta situación debería ser poco común).

Para ubicar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de compra por correo del plan

El servicio de compra por correo que ofrece nuestro plan le permite solicitar suministros para **un máximo de 90 días**.

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame al 1-888-678-7013 (TTY/TDD: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O bien, puede visitar nuestro sitio web en www.amerihealthmedicare.com para descargar un formulario de pedido y obtener más información. Así se trate de una receta nueva o de una que surte desde hace años, la compra por correo es una manera fácil de obtener los medicamentos que toma de forma regular. Las recetas para compra por correo son surtidas por OptumRx® home delivery (entregas a domicilio).

Opciones para adherirse a la compra por correo:

- Si surte una receta en una farmacia minorista y quiere cambiarse al pedido por correo:

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- Llame al 1-888-678-7013 (TTY/TDD: 711) para saber si la receta es elegible para el pedido por correo y solicitar el cambio a pedido por correo.
- Indique su nombre, dirección, número de receta (se encuentra en el envase del medicamento recetado) e información de facturación.
- Si tiene una nueva receta:
 - Pídale a su médico que envíe la receta a surtir con OptumRx® home delivery.
 - OptumRx® home delivery lo llamará para confirmar cualquier detalle. Las farmacias deben obtener consentimiento antes de enviar o entregar las recetas presentadas por el médico prescriptor.
- Si necesita repetir una receta para compra por correo:
 - Llame al 1-888-678-7013 (TTY/TDD: 711) y solicite un resurtido.
 - Confirme su información. Tenga en cuenta que AmeriHealth no permite resurtidos automáticos a través de OptumRx® home delivery.

Si utiliza una farmacia de compra por correo que no está adherida a la red del plan, es posible que su receta no tenga cobertura.

Por lo general, recibirá su pedido de una farmacia de compra por correo en un plazo de siete a diez días hábiles. Si prevemos una demora en el envío, OptumRx® home delivery se comunicará con usted tan pronto como se descubra una demora.

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

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, lo contactará para preguntarle si quiere que le proporcionen los medicamentos de inmediato o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted para informarle si envían, demoran o detienen la receta nueva.

Repetición de receta para compra por correo. Para repetición de recetas, contáctese con su farmacia 14 días antes de que su receta actual se termine para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, sus costos compartidos pueden ser menores. El plan ofrece dos maneras en las que se puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de los medicamentos de mantenimiento de la lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que toma de forma regular para una afección médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas en nuestra red le permiten conseguir un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo (que ofrecen un costo compartido preferido) a un monto de costo compartido más bajo. Otras farmacias minoristas pueden no estar de acuerdo con los montos de los costos preferidos más bajos. En este caso, usted deberá afrontar la diferencia de precio. Su *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias de la red pueden brindarle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar al Equipo de Atención para Miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de compra por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no está adherida a la red del plan?

Su receta puede obtener cobertura en ciertas ocasiones.

Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos una red de farmacias fuera de nuestra zona de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero a nuestro Equipo de Atención para Miembros** para saber si hay una farmacia de la red cerca. Lo más posible es que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubrimos en una farmacia dentro de la red.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos las recetas surtidas por farmacias fuera de la red:

- Es posible que cuando viaje a ciertas zonas, no tenga la opción de utilizar una farmacia dentro de la red. Si paga el medicamento recetado en una farmacia fuera de la red dentro de los Estados Unidos, puede presentar la documentación para un posible reembolso, limitado a un suministro de 30 días, correspondiente a nuestra parte del costo.

¿Cómo se solicita un reembolso del plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte del costo compartido normal) al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo. (En la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben aparecer 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*, **nos referimos a ella de manera abreviada como “Lista de medicamentos”**.

Los medicamentos en esta lista fueron seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por el programa.

Los medicamentos de la lista de medicamentos son solo aquellos cubiertos por Medicare Part D.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la lista de medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso de un medicamento:

- aprobado por la Food and Drug Administration para el diagnóstico o la enfermedad para los que se receta;

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- *–o bien–* respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Americanos) y el Sistema de información DRUGDEX.

La lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y medicamentos biológicos similares

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre de marca comercial del cual el fabricante del medicamento es dueño. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos basados en una proteína) se llaman productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos significa un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Debido a que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en vez de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan medicamentos biológicos similares. En general, los medicamentos genéricos y los medicamentos biológicos similares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos, y cuestan menos. Existen medicamentos genéricos disponibles que reemplazan muchos medicamentos de marca. Existen medicamentos biológicos similares alternativos para algunos productos biológicos.

¿Qué no incluye la lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que cualquier plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, nosotros optamos por no incluir un medicamento en particular en la lista de medicamentos. En algunos casos, puede obtener un medicamento que no está en la lista de medicamentos. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Sección 3.2 Existen cinco niveles de costos compartidos para los medicamentos de la lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costos compartidos. Por lo general, mientras más alto el nivel de costos compartidos, más alto el costo del medicamento para usted:

- Nivel de costos compartidos 1: genéricos preferidos (nivel más bajo de costos compartidos)
- Nivel de costos compartidos 2: genéricos
- Nivel de costos compartidos 3: marcas preferidas (incluye medicamentos de marca y genéricos)
- Nivel de costos compartidos 4: medicamentos no preferidos (incluye medicamentos de marca y genéricos)
- Nivel de costos compartidos 5: nivel especializado (nivel más alto de costos compartidos)

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, consulte la lista de medicamentos del plan.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costos compartidos se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Sección 3.3 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la lista de medicamentos?

Existen cuatro maneras de saberlo:

1. Revise la lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.amerihealthmedicare.com/formulary). La lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros para saber si un medicamento en particular está en la lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Utilice la “Real-Time Benefit Tool” (herramienta de beneficios en tiempo real) del plan en www.amerihealthmedicare.com/pharmacyfinder o llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros. Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la lista de medicamentos para calcular lo que pagará y para saber si existen medicamentos alternativos en la lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, se aplican reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para animarlo a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la manera más efectiva. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, verifique la lista de medicamentos.

Las reglas del plan están diseñadas para que, si existe un medicamento seguro y de menor costo que funcione de la misma manera en términos médicos que uno de mayor costo, se promueva el uso de la opción más asequible.

Tenga en cuenta que, a veces, un mismo medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferenciarse según la concentración, cantidad o forma farmacéutica del medicamento recetado por su proveedor de atención médica y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg, uno por día contra dos por día, comprimido contra líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

En las siguientes secciones se brinda más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, quiere decir que usted o su proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para obtener cobertura para el medicamento. Póngase en contacto con el Equipo de Atención para Miembros para averiguar qué deberían hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

ser eximido de la restricción, deberá hacer uso del proceso de decisión de cobertura y solicitar que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no en eximirlo de la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Restringir medicamentos o productos biológicos de marca cuando hay una versión genérica o una versión biológica similar e intercambiable disponibles

Por lo general, un medicamento **genérico** o un medicamento biológico similar e intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico original, y cuestan menos. **Cuando haya disponibles una versión genérica o una versión biológica similar e intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica o la versión biológica similar e intercambiable del medicamento de marca o producto biológico original.** Sin embargo, si su proveedor nos proporcionó una razón médica por la que no funcionarán el medicamento genérico, el medicamento biológico similar e intercambiable, ni otros medicamentos cubiertos para tratar la misma afección, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o el medicamento biológico similar e intercambiable).

Obtener aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener una aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se hace para asegurar la seguridad de la medicación y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no se obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar con un medicamento diferente primero

Este requisito lo anima a que pruebe medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si un medicamento A y un medicamento B tratan la misma afección médica, el plan requerirá que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se denomina **terapia escalonada**.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, se establece un límite de la cantidad que puede obtener de ese medicamento cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de determinado medicamento, estableceremos un límite de cobertura para su receta que no supere un comprimido por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de los medicamentos no tiene la cobertura que usted desea que tenga?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no recibe la cobertura que usted desea que tenga

Hay situaciones en las que hay un medicamento recetado que está tomando o que usted y su proveedor creen que debería estar tomando que no se encuentra en nuestro formulario o se encuentra en el formulario con restricciones. Por ejemplo:

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- El medicamento no tiene cobertura. O bien, puede haber una versión genérica del medicamento que esté cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no tiene cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento tiene cobertura, pero está en un nivel de costos compartidos que causa que su costo compartido sea mayor al que usted cree que debería ser.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no recibe la cobertura que usted desea que tenga. Si su medicamento no está en la lista de medicamentos o si tiene restricciones, consulte la sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que causa que su costo compartido sea mayor que el que considera que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la lista de medicamentos o si tiene restricciones de algún tipo?

Si su medicamento no está en la lista de medicamentos o si tiene restricciones, puede realizar lo siguiente:

- Tal vez, pueda obtener un suministro provisorio del medicamento.
- Puede cambiarlo por otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que le cubra el medicamento o le quite las restricciones.

Tal vez, pueda obtener un suministro provisorio.

En ciertas circunstancias, el plan debe proveer un suministro provisorio de un medicamento que ya está tomando. Este suministro provisorio le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y para tomar una decisión.

Para ser elegible para un suministro provisorio, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la lista de medicamentos del plan O ahora tiene algún tipo de restricción.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro provisorio 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 provisorio de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro provisorio se extenderá por un máximo de 30 días. Si la receta se extendió por menos días, permitiremos que la surta múltiples veces para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de suministro de medicación. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el derroche).
- **Para los miembros que han formado parte del plan por más de 90 días y que residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un determinado medicamento o menos si su receta es de menos días. Esto se suma al suministro provisorio antes descrito.
- Si se produce una transición debido al traslado de un miembro, por ejemplo, si se traslada desde su hogar a un centro de atención a largo plazo y, luego, regresa, AmeriHealth Medicare PPO tiene un método para asegurarle el acceso a su medicamento. Si el sistema automatizado no puede detectar su traslado, la farmacia puede informarle a AmeriHealth Medicare PPO el traslado y proporcionarle los medicamentos necesarios. Recibirá un aviso para que cambie a un medicamento que sea adecuado para la terapia y se encuentre en el formulario del plan, o bien deberá solicitar una excepción para continuar tomando el medicamento solicitado.

Si tiene preguntas sobre un suministro provisorio, llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros.

Durante el tiempo que reciba el suministro provisorio de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suministro provisorio se acabe. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiarlo por otro medicamento.

Consulte con su proveedores sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que también pueda funcionarle igual de bien. Puede llamar a nuestro Equipo de Atención para Miembros para obtener una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

2) Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que usted desea. Si su proveedor indica que hay razones médicas que justifican su pedido de excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la lista de medicamentos del plan. O bien, puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si actualmente es miembro y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna forma para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del año siguiente y le responderemos dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud (o la declaración de respaldo de su médico prescriptor). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se le indicará qué hacer. Le explicará los procedimientos y las fechas límite establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje con prontitud e imparcialidad.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que, a su criterio, es muy alto?

Si un medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que, a su criterio, es demasiado alto, puede realizar lo siguiente:

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

Puede cambiarlo por otro medicamento.

Si un medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que, a su criterio, es demasiado alto, hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente que se encuentre en un nivel de costos compartidos más bajo que también pueda funcionar bien. Llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros para obtener una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costos compartidos del medicamento para que pueda abonar menos. Si su proveedor indica que hay razones médicas que justifican su pedido de excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se le indicará qué hacer. Le explicará los procedimientos y las fechas límite establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje con prontitud e imparcialidad.

Los medicamentos del nivel de medicamentos especializados (nivel 5) no son elegibles para este tipo de excepciones. No disminuimos el monto de los costos compartidos para los medicamentos de estos niveles.

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

Sección 6.1 La lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la lista de medicamentos.**
- **Trasladar un medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo o más alto.**
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Reemplazar un producto biológico original por una versión biológica similar e intercambiable del producto biológico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que está tomando?

Información sobre los cambios de cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la lista de medicamentos, publicamos información sobre esos cambios en nuestro sitio web. Además, actualizamos nuestra lista de medicamentos disponible

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

en línea de forma programada y periódica. Abajo, indicamos las veces que usted recibiría un aviso si se realizaran cambios a un medicamento que está tomando.

Los cambios en la cobertura de su medicamento que lo afectan durante el año corriente del plan

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza un medicamento de marca en la lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costos compartidos, agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca o ambas)**
 - Podemos retirar de inmediato un medicamento de marca de nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos por una versión genérica nueva y aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico se posicionará en el mismo nivel de costo compartido o uno menor y con las mismas restricciones o menos. Además, podemos optar por mantener el medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos, pero cambiarlo de inmediato a un nivel de costos compartidos más alto, agregar restricciones nuevas o realizar ambas cuando se añada el medicamento genérico nuevo.
 - Es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar ese cambio, incluso aunque usted esté tomando el medicamento de marca actualmente. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre el cambio específico que hayamos hecho. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción que cubra el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
 - Usted o su médico prescriptor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento se puede considerar no seguro o se puede retirar del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podríamos retirar el medicamento de inmediato de la lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos sobre este cambio de inmediato.
 - Su médico prescriptor también sabrá sobre este cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su enfermedad.
- **Otros cambios en los medicamentos de la lista de medicamentos**
 - Podremos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que está tomando una vez que haya comenzado el año. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar el medicamento de marca en la lista de medicamentos; o bien, cambiar el nivel de costos compartidos, agregar restricciones nuevas al medicamento de marca o realizar ambas. También podríamos hacer cambios en función de las advertencias en los recuadros de la FDA o las pautas clínicas nuevas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, debemos darle un aviso anticipado de, al menos, 30 días del cambio o darle un aviso del cambio y una repetición de receta de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- Después de que reciba el aviso del cambio, debería trabajar con su proveedor para cambiarse a otro medicamento que tenga cobertura o para cumplir cualquier restricción nueva en el medicamento que esté tomando.
- Usted o su médico prescriptor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento para usted. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

Puede que realicemos algunos cambios en la lista de medicamentos que no se hayan descrito antes. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan:

En general, los cambios que no lo afectarán durante el año corriente del plan son:

- Si trasladamos el medicamento a un nivel de costos compartidos más alto.
- Si ponemos una nueva restricción sobre el uso de su medicamento.
- Si retiramos su medicamento de la lista de medicamentos.

Si se aplica cualquiera de estos cambios a un medicamento que está tomando (excepto el retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio descrito en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Es probable que, hasta esa fecha, no note ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción en el uso del medicamento.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año del plan corriente. Deberá revisar la lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripciones abiertas) para saber si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se le indicará qué tipos de medicamentos recetados están excluidos. Es decir, Medicare no pagará estos medicamentos.

Si recibe medicamentos que están excluidos, usted debe pagarlos. Si realiza una apelación y se encuentra que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

Hay tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán conforme a la Parte D:

- Nuestra cobertura de medicamentos de la Parte D del plan no puede cubrir un medicamento que podría estar cubierto por Medicare Parte A o B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- Generalmente, nuestro plan no puede cubrir un uso no aprobado. El uso **no indicado en la etiqueta** corresponde a cualquier uso de un medicamento que sea distinto a lo especificado en la etiqueta y a lo aprobado por la Food and Drug Administration.
- La cobertura para el uso no indicado en la etiqueta solo se permite cuando el uso está respaldado por ciertos libros de referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Estadounidenses) y el sistema de información DRUGDEX.

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos que se utilizan para promover la fertilidad.
- Medicamentos que se utilizan para aliviar los síntomas de la tos o el resfrío.
- Medicamentos que se utilizan con fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro.
- Medicamentos que se utilizan para tratamientos de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos que se utilizan para tratar la anorexia, la pérdida o el aumento de peso.
- Medicamentos de pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante exige, como condición de venta, ser el vendedor exclusivo de las pruebas o de los servicios de control relacionados con estos medicamentos.

Si recibe Ayuda Adicional para pagar sus recetas, el programa Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura para medicamentos a través de Medicaid, puede que su programa de Medicaid estatal cubra algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos podría estar 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 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Provea la información de su membresía

Para surtir su receta, provea la información de la membresía de su plan, la cual puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red automáticamente enviará al plan la factura con *nuestra* parte del costo del medicamento recetado cubierto. Tendrá que pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su medicamento recetado.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

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

Si no tiene la información de la membresía de su plan cuando surte su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque sus datos de inscripción del plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar todo el costo del medicamento recetado en el momento de retirarlo.** (Luego, puede **solicitar el reembolso** de nuestra parte del costo. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada y el plan cubre su internación?

Si lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada y el plan cubre su internación, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la internación. Una vez que abandone el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando estos cumplan con todas las reglas de la cobertura descritas en este Capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente de un centro de atención a largo plazo?

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una residencia para ancianos) cuenta con su propia farmacia o con una farmacia que suministra los medicamentos para todos los residentes. Si es residente de un centro LTC, obtendrá los medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, o la que el centro utilice, siempre y cuando esta esté adherida a nuestra red.

Consulte su *directorio de proveedores/farmacias* para saber si su farmacia del centro LTC o la farmacia que el centro utilice forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o asistencia, contáctese con nuestro Equipo de Atención para Miembros. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que reciba sus beneficios de la Parte D de manera rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si es residente de un centro LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción?

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

Sección 9.3 ¿Qué sucede si además recibe cobertura de medicamentos de un empleador o un plan grupal de jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo.** Esa persona puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados junto con nuestro plan.

Por lo general, si tiene cobertura de empleado o de grupo de jubilados, la cobertura de medicamentos recetados que recibe de nosotros será *secundaria* a la cobertura grupal. Eso significa que su cobertura grupal pagaría primero.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

Nota especial sobre la cobertura válida:

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le informe si es válida su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario.

Si la cobertura del plan grupal es válida, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Guarde este aviso sobre la cobertura válida porque es posible que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido la cobertura válida. Si no recibió ningún aviso sobre la cobertura válida, puede solicitarle una copia a su empleador, al administrador de beneficios del plan de jubilados o al sindicato.

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

Un mismo medicamento no está cubierto por el centro de hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de hospicio de Medicare y necesita determinados medicamentos (p. ej., para combatir las náuseas, laxantes, analgésicos o medicamentos para la ansiedad) que no están cubiertos por su centro de hospicio debido a que no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del médico o de su proveedor del centro de hospicio que indique que el medicamento no está relacionado con esta enfermedad antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que el plan debería cubrir, solicítelo a su proveedor del centro de hospicio o médico prescriptor que dé un aviso antes de que se surta su receta.

En el caso de que anule la alternativa del centro de hospicio o haya sido dado de alta del centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos, según se explica en este documento. Para prevenir cualquier demora en la farmacia una vez que finalicen los beneficios de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su anulación o su alta.

SECCIÓN 10 Programas acerca de la seguridad y la administración de medicamentos

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

Llevamos a cabo revisiones del uso de los medicamentos para nuestros miembros a fin de asegurarnos de que estén recibiendo una asistencia adecuada y segura.

Realizamos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, prestamos cuidado a problemas potenciales, como los siguientes:

- Posibles errores en la medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios debido a que ya está tomando otro medicamento para tratar la misma afección
- Medicamentos que posiblemente no sean seguros o adecuados debido a su edad o género

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que poseen componentes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que está tomando
- Cantidades no seguras de medicamentos opioides para el dolor

Si detectamos un posible problema en el uso de su medicación, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a que los miembros utilicen de forma segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que se consumen en exceso con frecuencia. Este programa se llama Drug Management Program (DMP, Programa de Administración de Medicamentos). Si usa medicamentos opioides que obtiene a través de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides reciente, podemos hablar con su médico para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides es apropiado y necesario por razones médicas. En colaboración con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas podría ser inseguro, podemos limitar la manera en que obtiene estos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Solicitarle que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides o benzodiacepinas de una determinada farmacia
- Solicitarle que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides o benzodiacepinas de un determinado médico
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta, se le informará si le limitaremos la cobertura de estos medicamentos o si deberá obtener las recetas para estos medicamentos solamente de un médico o de una farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de comunicarnos qué médicos o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le informaremos la nueva decisión. Si le seguimos negando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

No se lo incluirá en nuestro DMP si tiene determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con un cáncer activo o enfermedad de células falciformes, si está recibiendo atención de hospicio, cuidados paliativos o terminales o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D**Sección 10.3 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos**

Contamos con un programa que puede ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina programa de Medication Therapy Management (MTM, Administración de Terapia con Medicamentos). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para que podamos ayudar a asegurar que nuestros miembros obtienen el mayor beneficio de los medicamentos que están tomando.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas que tienen un costo elevado, o que están en un DMP para que los ayude a usar sus opioides de forma segura, pueden recibir los servicios a través del programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud harán una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los gastos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre la receta y sobre medicamentos de venta libre. Obtendrá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. Recibirá, además, una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma, y dónde y por qué los está tomando. Además, los miembros en el programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Se le recomienda hablar con su médico sobre su lista de tareas aconsejadas y lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su visita o en cualquier momento en el que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención médica. Además, siempre lleve su lista de medicamentos actualizada con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que acuda al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos la información. Si no desea participar, infórmenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con nuestro Equipo de Atención para Miembros.

CAPÍTULO 6:

*Lo que paga por sus medicamentos
recetados de la Parte D*

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

¿Está recibiendo ayuda para pagar sus medicamentos actualmente?

Si es parte de un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información incluida en esta *Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D* no se aplique a usted.** Le enviamos un suplemento separado, denominado *enmienda de la Evidencia de cobertura para personas que obtienen Ayuda Adicional para pagar los medicamentos recetados* (también conocido como “enmienda de subsidio por bajos ingresos” o “enmienda LIS”), que le informa sobre la cobertura de medicamentos. Si no tiene este suplemento, llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros y solicite la enmienda LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con los demás materiales que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo se enfoca en lo que paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo utilizamos *medicamentos* para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D. Como explica el Capítulo 5, no todos los medicamentos pertenecen a la Parte D; algunos están cubiertos conforme a la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para entender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde debe surtir sus recetas y qué reglas debe seguir cuando obtiene medicamentos cubiertos. En las Secciones 1 a la 4 del Capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando utiliza la “Real-Time Benefit Tool” para buscar la cobertura de los medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 5), el costo que se muestra se proporciona “en tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un presupuesto en un momento preciso de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener la información proporcionada por la “Real-Time Benefit Tool” llamando a nuestro Equipo de Atención para Miembros.

Sección 1.2 Tipos de gastos de su bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos

Hay diferentes tipos de gastos de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que paga por un medicamento se denomina **costo compartido** y existen tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

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

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo

Medicare tiene reglas sobre qué cuenta y qué *no* a favor de los gastos de su bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir al llevar un registro de sus gastos de su bolsillo.

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Estos pagos están incluidos en los gastos de su bolsillo.

Sus gastos de su bolsillo incluyen los pagos enumerados a continuación (siempre que sean de medicamentos cubiertos de la Parte D y que haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- Monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago:
 - Etapa de deducible
 - Etapa de cobertura inicial
 - Etapa de interrupción de la cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de unirse a nuestro plan.

Quién paga importa:

- Si **usted mismo** realiza los pagos, están incluidos en los gastos de su bolsillo.
- Estos pagos *también están incluidos* en sus gastos de bolsillo si **ciertas personas u organizaciones** pagan en su nombre. Esto incluye pagos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por un Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica habilitado por Medicare o por el Indian Health Service. También están incluidos los pagos realizados por el programa “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Algunos pagos que realizó el Medicare Coverage Gap Discount Program (Programa de Descuentos por la Interrupción de la Cobertura de Medicare) están incluidos en sus gastos de bolsillo. Se incluye el monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. Sin embargo, no está incluido el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Hacia la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quien pague en su nombre) haya alcanzado un total de \$8,000 de gastos de bolsillo en el año calendario, pasará de la etapa de interrupción de la cobertura a la etapa de cobertura catastrófica.

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Estos pagos no están incluidos en los gastos de su bolsillo.

Los gastos de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual.
- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que el plan no cubre.
- Los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para coberturas fuera de la red.
- Los medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos realizados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en la etapa de interrupción de la cobertura.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por un plan médico grupal, incluidos los planes médicos de un empleador.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud subsidiados por el Gobierno, como los de TRICARE y Veterans Affairs (Departamento de Asuntos de los Veteranos).
- Los pagos de sus medicamentos realizados por un tercero con obligación legal de pagar los costos de la receta (por ejemplo, compensación del trabajador).

Recuerde: Si alguna otra organización como las anteriormente enumeradas paga parcial o totalmente los gastos de su bolsillo en medicamentos, debe informarlo a nuestro plan llamado al Equipo de Atención para Miembros.

¿Cómo puede llevar un registro del total de gastos de su bolsillo?

- **Lo ayudaremos.** El informe de la Explanation of Benefits (EOB, explicación de beneficios) de la Parte D que le enviamos incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$8,000, este informe le indicará que ya no está en la etapa de interrupción de la cobertura y que pasó a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se le indica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros sobre lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende del periodo de pago de medicamentos en el que se encuentre cuando lo obtiene

Sección 2.1 ¿Cuáles son los periodos de pago de medicamentos para los miembros de AmeriHealth Medicare PPO?

Existen cuatro **periodos de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados en AmeriHealth Medicare PPO. El monto que paga depende de cuál es la etapa en la que se encuentra al momento de surtir o repetir la receta. En la Secciones 4 a la 7 de este capítulo, se incluye información detallada de cada etapa. Las etapas son:

Etapas:

Etapas:

Etapas:

Etapas:

Etapas:

Etapas:

Etapas:

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual denominado *EOB de la Parte D*

Nuestro plan lleva un registro de los gastos y los pagos por medicamentos recetados que realizó cuando surtió o repitió sus recetas en la farmacia. De esta manera, le podemos indicar en qué momento se mueve de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En especial, hay dos tipos de costos de los que llevamos registro:

- Registramos cuánto pagó. Esto se denomina **gastos de bolsillo**.
- Registramos los **costos totales de los medicamentos**. Este es el monto de gastos de bolsillo que usted u otras personas en su nombre pagan, además del monto que paga el plan.

Si surtió una o más recetas a través del plan el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La Parte D de la EOB incluye:

Información para ese mes. En este informe se brindan los detalles de pagos de las recetas que haya surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, qué pagó el plan y qué pagó usted u otro en su nombre.

Total del año desde el 1 de enero. Esto se denomina información del año a la fecha. Le muestra los gastos totales en medicamentos y los pagos totales por estos desde que comenzó el año.

Información sobre el precio del medicamento. Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre los aumentos de precios con respecto al primer surtido para cada reclamación de receta de la misma cantidad.

Medicamentos recetados alternativos de menor costo disponibles. Incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos menores para cada reclamación de medicamentos recetados.

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información de sus pagos de medicamentos

Para llevar un seguimiento de los gastos y pagos que ha realizado por sus medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Esta es la manera en que puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Presente su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos sobre las recetas que surte y qué está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces en las que pueda llegar a pagar el costo completo de un medicamento recetado. En estos casos, nosotros no obtendremos de manera automática la información que necesitamos para llevar un registro de los gastos de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos de su bolsillo, preséntenos copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe presentarnos copias de los recibos que obtuvo por sus medicamentos:
 - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a precio especial o con un cupón de descuento que no forme parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando haga un copago por medicamentos que se proporcionan conforme a un programa de asistencia a pacientes brindado por un fabricante de medicamentos.
 - Siempre que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red o las veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitarle al plan que pague su parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo realizar esto, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hayan realizado en su nombre.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para los gastos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un State Pharmaceutical Assistance Program, un ADAP, el Indian Health Service y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para los gastos de su bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos seguir sus gastos.
- **Verifique los informes escritos que le enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, contrólela para asegurarse de que la información esté completa y correcta. Si cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 En la etapa de deducible, paga el costo total de los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5

No debe pagar el deducible para AmeriHealth Medicare Core PPO. Comenzará en la etapa de cobertura inicial cuando surta la primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener más información respecto de su cobertura en la etapa de cobertura inicial.

La etapa de deducible es el primer periodo de pago de su cobertura de medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, contra el tétanos y para

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

viajes. Pagará un deducible anual de \$300 para AmeriHealth Medicare Enhanced PPO, de \$200 para AmeriHealth Medicare Secure PPO y de \$545 para AmeriHealth Medicare Ultimate PPO en los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5** hasta que alcance el monto de deducibles del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. Normalmente, el **costo total** es más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos menores para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$300 para AmeriHealth Medicare Enhanced PPO, \$200 para AmeriHealth Medicare Secure PPO y \$545 para AmeriHealth Medicare Ultimate PPO por los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5, dejará la etapa de deducible y pasará a la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan pagará su parte del costo de sus medicamentos y usted pagará la suya

Sección 5.1 Lo que usted paga por los medicamentos dependerá del medicamento y de dónde surta su receta

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan pagará la parte que le corresponde del costo de los medicamentos recetados cubiertos y usted pagará la suya (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta la receta.

El plan tiene cinco niveles de costos compartidos

Todos los medicamentos de la lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto es el número del nivel de costos compartidos, mayor es el costo del medicamento:

- Nivel de costos compartidos 1: genéricos preferidos (nivel más bajo de costos compartidos)
- Nivel de costos compartidos 2: genéricos
- Nivel de costos compartidos 3: marcas preferidas (incluye medicamentos de marca y genéricos)
 - Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel de costos compartidos 4: medicamentos no preferidos (incluye medicamentos de marca y genéricos)
 - Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel de costos compartidos 5: nivel especializado (nivel más alto de costos compartidos)
 - Paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, consulte la lista de medicamentos del plan.

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Sus opciones de farmacia

El monto que pague por un medicamento dependerá de dónde lo obtenga:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos convencionales.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos preferidos. Los costos pueden ser menores en farmacias con costos compartidos preferidos.
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan. Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones especiales. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para saber cuándo cubriremos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de compra por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y de surtido de recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

Sección 5.2 En la tabla se muestran los costos del suministro de un medicamento para un mes
--

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

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

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

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un medicamento recetado de la Parte D cubierto para *un mes*:

AmeriHealth Medicare Core PPO					
	Costos compartidos estándares en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para un máximo de 30 días)	Costos compartidos preferidos en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para un máximo de 30 días)	Costos compartidos en compras por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costos compartidos en farmacias de atención a largo plazo (suministro para un máximo de 31 días)	Costos compartidos en farmacias fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información). (suministro para un máximo de 30 días)
Nivel					
Nivel de costos compartidos 1 (medicamentos genéricos preferidos)	\$9 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$9 de copago	\$9 de copago
Nivel de costos compartidos 2 (medicamentos genéricos)	\$20 de copago	\$8 de copago	\$8 de copago	\$20 de copago	\$20 de copago
Nivel de costos compartidos 3 (marca preferida)	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago
Nivel de costos compartidos 4 (medicamento no preferido)	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

AmeriHealth Medicare Core PPO					
	Costos compartidos estándares en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para un máximo de 30 días)	Costos compartidos preferidos en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para un máximo de 30 días)	Costos compartidos en compras por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costos compartidos en farmacias de atención a largo plazo (suministro para un máximo de 31 días)	Costos compartidos en farmacias fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información). (suministro para un máximo de 30 días)
Nivel					
Nivel de costos compartidos 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un medicamento recetado de la Parte D cubierto para *un mes*:

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO					
	Costos compartidos estándares en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para un máximo de 30 días)	Costos compartidos preferidos en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para un máximo de 30 días)	Costos compartidos en compras por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costos compartidos en farmacias de atención a largo plazo (suministro para un máximo de 31 días)	Costos compartidos en farmacias fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información). (suministro para un máximo de 30 días)
Nivel					
Nivel de costos compartidos 1 (medicamentos genéricos preferidos)	\$9 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$9 de copago	\$9 de copago
Nivel de costos compartidos 2 (medicamentos genéricos)	\$20 de copago	\$8 de copago	\$8 de copago	\$20 de copago	\$20 de copago
Nivel de costos compartidos 3 (marca preferida)	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago
Nivel de costos compartidos 4 (medicamento no preferido)	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100
Nivel de costos compartidos 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 28%	Coseguro del 28%	Coseguro del 28%	Coseguro del 28%	Coseguro del 28%

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un medicamento recetado de la Parte D cubierto para *un mes*:

AmeriHealth Medicare Secure PPO					
	Costos compartidos estándares en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para un máximo de 30 días)	Costos compartidos preferidos en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para un máximo de 30 días)	Costos compartidos en compras por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costos compartidos en farmacias de atención a largo plazo (suministro para un máximo de 31 días)	Costos compartidos en farmacias fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información). (suministro para un máximo de 30 días)
Nivel					
Nivel de costos compartidos 1 (medicamentos genéricos preferidos)	\$9 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$9 de copago	\$9 de copago
Nivel de costos compartidos 2 (medicamentos genéricos)	\$20 de copago	\$8 de copago	\$8 de copago	\$20 de copago	\$20 de copago
Nivel de costos compartidos 3 (marca preferida)	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago
Nivel de costos compartidos 4 (medicamento no preferido)	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

AmeriHealth Medicare Secure PPO					
	Costos compartidos estándares en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para un máximo de 30 días)	Costos compartidos preferidos en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para un máximo de 30 días)	Costos compartidos en compras por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costos compartidos en farmacias de atención a largo plazo (suministro para un máximo de 31 días)	Costos compartidos en farmacias fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información). (suministro para un máximo de 30 días)
Nivel					
Nivel de costos compartidos 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un medicamento recetado de la Parte D cubierto para *un mes*:

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

AmeriHealth Medicare Ultimate PPO					
	Costos compartidos estándares en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para un máximo de 30 días)	Costos compartidos preferidos en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para un máximo de 30 días)	Costos compartidos en compras por correo (suministro para un máximo de 30 días)	Costos compartidos en farmacias de atención a largo plazo (suministro para un máximo de 31 días)	Costos compartidos en farmacias fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información). (suministro para un máximo de 30 días)
Nivel					
Nivel de costos compartidos 1 (medicamentos genéricos preferidos)	\$9 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$9 de copago	\$9 de copago
Nivel de costos compartidos 2 (medicamentos genéricos)	\$20 de copago	\$8 de copago	\$8 de copago	\$20 de copago	\$20 de copago
Nivel de costos compartidos 3 (marca preferida)	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago
Nivel de costos compartidos 4 (medicamento no preferido)	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100
Nivel de costos compartidos 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

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

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

Generalmente, el monto que paga por un medicamento recetado cubre un suministro para un mes entero. Puede que haya ocasiones en las que usted o su médico quieran que tenga un suministro de un medicamento por menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez una medicación). También puede pedirle a su médico que le prescriba, y a su farmacéutico que le entregue, suministros de sus medicamentos para menos de un mes si esto lo ayuda a planear mejor las fechas para surtir diferentes recetas.

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

- Si debe pagar el coseguro, pagará un *porcentaje* del costo total del medicamento. Debido a que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será más bajo, ya que el costo total del medicamento será más bajo.
- Si debe hacerse cargo de un copago del medicamento, solo pagará la cantidad de días por los que recibirá el medicamento en lugar del mes entero. Calcularemos el monto que pagará por día para el medicamento (la tasa diaria de costos compartidos) y lo multiplicaremos por el número de días en los que recibirá el medicamento.

Sección 5.4 En la tabla se muestran los costos del suministro de un medicamento a largo plazo (hasta 90 días)

Para algunos medicamentos, puede recibir un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro para un máximo de 90 días.

En la siguiente tabla se muestra qué paga cuando obtiene el suministro de un medicamento a largo plazo.

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

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

AmeriHealth Medicare Core PPO			
Nivel	Costos compartidos estándares en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para un máximo de 90 días)	Costos compartidos preferidos en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para un máximo de 90 días)	Costos compartidos en compras por correo (suministro para un máximo de 90 días)
Nivel de costos compartidos 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$27	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel de costos compartidos 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$60	Copago de \$16	Copago de \$16
Nivel de costos compartidos 3 (marca preferida)	Copago de \$141	Copago de \$141	Copago de \$94
Nivel de costos compartidos 4 (medicamento no preferido)	Copago de \$300	Copago de \$300	Copago de \$200
Nivel de costos compartidos 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO			
Nivel	Costos compartidos estándares en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para un máximo de 90 días)	Costos compartidos preferidos en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para un máximo de 90 días)	Costos compartidos en compras por correo (suministro para un máximo de 90 días)
Nivel de costos compartidos 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$27	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel de costos compartidos 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$60	Copago de \$16	Copago de \$16
Nivel de costos compartidos 3 (marca preferida)	Copago de \$141	Copago de \$141	Copago de \$94
Nivel de costos compartidos 4 (medicamento no preferido)	Copago de \$300	Copago de \$300	Copago de \$200
Nivel de costos compartidos 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 28%	Coseguro del 28%	Coseguro del 28%

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

AmeriHealth Medicare Secure PPO			
Nivel	Costos compartidos estándares en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para un máximo de 90 días)	Costos compartidos preferidos en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para un máximo de 90 días)	Costos compartidos en compras por correo (suministro para un máximo de 90 días)
Nivel de costos compartidos 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$27	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel de costos compartidos 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$60	Copago de \$16	Copago de \$16
Nivel de costos compartidos 3 (marca preferida)	Copago de \$141	Copago de \$141	Copago de \$94
Nivel de costos compartidos 4 (medicamento no preferido)	Copago de \$300	Copago de \$300	Copago de \$200
Nivel de costos compartidos 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

AmeriHealth Medicare Ultimate PPO			
Nivel	Costos compartidos estándares en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para un máximo de 90 días)	Costos compartidos preferidos en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para un máximo de 90 días)	Costos compartidos en compras por correo (suministro para un máximo de 90 días)
Nivel de costos compartidos 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$27	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel de costos compartidos 2 (medicamentos genéricos)	Copago de \$60	Copago de \$16	Copago de \$16
Nivel de costos compartidos 3 (marca preferida)	Copago de \$141	Copago de \$141	Copago de \$94
Nivel de costos compartidos 4 (medicamento no preferido)	Copago de \$300	Copago de \$300	Copago de \$200
Nivel de costos compartidos 5 (medicamentos especializados)	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%

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

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Sección 5.5 Permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos en el año alcancen los \$5,030

Permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que ha surtido alcance el **límite de \$5,030 para la etapa de cobertura inicial**.

La EOB de la Parte D que reciba lo ayudará a mantener un registro de lo que gastaron usted, el plan y cualquier tercero en su nombre en sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$5,030 en un año.

Si alcanza este monto, se lo comunicaremos. En caso de que alcance este monto, dejará la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de interrupción de la cobertura. Consulte la Sección 1.3 que trata sobre cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la etapa de interrupción de la cobertura

Cuando se encuentra en la etapa de interrupción de la cobertura, el Medicare Coverage Gap Discount Program le ofrece descuentos de fabricantes sobre los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa por receta para medicamentos de marca. Además del importe que paga, el importe descontado por el fabricante también cuenta a favor de los gastos de su bolsillo como si lo hubiera pagado, y ambos lo hacen pasar la etapa de interrupción de la cobertura.

También recibe cierta cobertura de medicamentos genéricos. No pagará más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan pagará el resto. Solo el importe que paga usted cuenta y lo hace pasar la etapa de interrupción de la cobertura.

Continúa pagando estos costos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen un monto máximo que Medicare estableció. Una vez que alcance este monto de \$8,000, dejará la etapa de interrupción de la cobertura y pasará a la etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene reglas sobre qué cuenta y qué *no* a favor de sus gastos de su bolsillo (Sección 1.3).

SECCIÓN 7 En la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Sección 7.1 Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año

Ingresa en la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo alcanzaron el límite de \$8,000 por año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

- En este periodo de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No paga nada.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que pague depende de cómo y dónde las obtenga

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas indicadas en la lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin ningún costo para usted, incluso si no pagó su deducible. Consulte la lista de medicamentos de su plan o comuníquese con nuestro Equipo de Atención para Miembros para obtener información detallada sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

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

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

Sus costos por las vacunas de la Parte D dependen de tres cosas:

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

- El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos y no tienen ningún costo.

2. Dónde se vacuna.

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

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. De forma alternativa, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que paga cuando recibe la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y según el **periodo de pago de medicamentos** en el que se encuentra.

- A veces, cuando reciba una vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como de la administración de la vacuna. Puede pedirle al plan el reembolso de nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, cuando reciba una vacuna, pagará únicamente su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

Aquí le presentamos tres ejemplos de formas en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red. (Esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren algunas vacunas).

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, realizará el copago de la vacuna a la farmacia, que incluye el costo de la administración de la vacuna.
- El plan pagará el resto del costo.

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

- Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el de la administración de la vacuna.
- Luego, puede solicitarle al plan que le pague su parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier copago de la vacuna (incluida su administración) y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Compra la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red y, luego, la lleva al consultorio de su médico para que se la administre.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna.
- Para otras vacunas de la Parte D, deberá pagar a la farmacia el copago de la vacuna en sí.
- Cuando el médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Luego, puede solicitarle al plan que le pague su parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna
- y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si obtiene “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

Para asegurar el acceso completo a su beneficio de vacunas de la Parte D, le recomendamos que reciba su vacuna y que se la administren en una farmacia de la red. Debido a que podría haber una gran diferencia entre el monto que cobra su médico y el monto que normalmente pagamos, es posible que no reciba reembolso por el monto completo que pagó de su bolsillo cuando elija los escenarios 2 o 3 de arriba.

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitar que paguemos
nuestra parte de una factura que
recibió por los servicios médicos o
los medicamentos cubiertos*

Capítulo 7 Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por los servicios médicos o los medicamentos cubiertos

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

Algunas veces, cuando recibe cuidado médico o compra un medicamento recetado, es posible que tenga que pagar el costo total. Otras veces, es posible que deba pagar más de lo que se suponía según las reglas de cobertura del plan. O bien, puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitarle al plan que le devuelva el dinero (a menudo, la devolución de dinero se denomina reembolso). Tiene derecho a recibir un reembolso por parte de nuestro plan cada vez que paga más de su parte del costo por servicios médicos o por medicamentos cubiertos por el plan. Puede que haya fechas límite que deba cumplir para que le devolvamos su dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que recibe una factura de un proveedor por el costo total del cuidado médico que ha recibido o posiblemente por más de su parte del costo compartido, según se discute en el documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos esa factura en vez de pagarla. Nosotros evaluaremos la factura y decidiremos si debemos cubrir los servicios. De ser así, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más del costo compartido asignado por el plan. Aún si el proveedor es contratado, usted tiene el derecho de recibir tratamiento.

Estos son algunos ejemplos de situaciones en las cuales puede hacer falta que solicite el reembolso o el pago de una factura a nuestro plan:

1. Cuando recibió cuidados médicos de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Cuando recibe atención de un proveedor fuera de la red, solo debe pagar la parte del costo que le corresponde. (Su parte del costo puede ser más alta para un proveedor fuera de la red que para uno de la red). Solicítele al proveedor que facture al plan el porcentaje del costo que nos corresponde.

- Si usted paga el total en el momento que recibe el cuidado, solicítenos el reembolso de nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor donde solicita el pago de algo que usted cree que no adeuda. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se adeuda algo al proveedor, nosotros le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya ha pagado más de lo que le correspondía de su parte del costo por el servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.
- Tenga en cuenta lo siguiente: aunque pueda recibir su atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Con la excepción de la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo completo por los servicios que recibe.

Capítulo 7 Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por los servicios médicos o los medicamentos cubiertos

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan directamente y pedirle a usted solo la parte del costo que le corresponde. No obstante, a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Cuando recibe servicios cubiertos, solo debe pagar el importe de costos compartidos que le corresponde. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, llamados facturación del saldo. Esta protección (que nunca pague más de su importe de costos compartidos) se aplica incluso si al proveedor le pagamos menos de lo que este cobra por un servicio e incluso si hubiera alguna disputa y no pagáramos ciertos cargos al proveedor.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red que crea que es más de lo que le corresponde pagar, envíenos dicha factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho y solicítenos el reembolso de la diferencia entre la cantidad que pagó y la que debía pagar según su plan.

3. Si usted está inscrito en nuestro plan de manera retroactiva

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

Si está inscrito en nuestro plan de manera retroactiva y pagó de su bolsillo cualquier servicio o medicamentos cubiertos luego de su fecha de inscripción, puede solicitar el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Deberá enviarnos la documentación, como recibos y facturas, para que gestionemos el reembolso.

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

Si usted va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando suceda esto, tendrá que pagar el costo total de su receta.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de la receta porque no tiene consigo la tarjeta de membresía del plan

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque sus datos de inscripción al plan. En caso de que la farmacia no pueda acceder a sus datos que necesita de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total de la receta.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso de nuestra parte del costo.

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

Es posible que tenga que pagar el costo total de la receta porque resultó que el plan no cubre el medicamento por alguna razón.

Capítulo 7 Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por los servicios médicos o los medicamentos cubiertos

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la lista de medicamentos del plan o que pueda tener un requisito o una restricción que no conocía o que creyó que no se aplicaría a usted. Si decide comprar el medicamento de inmediato, es posible que tenga que pagar su costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunos casos, quizás necesitemos solicitar más información a su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

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

SECCIÓN 2 Cómo solicitar el reembolso o el pago de una factura que ha recibido

Puede pedirnos que le reembolsemos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es aconsejable sacar una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación dentro de los doce meses** posteriores a la fecha en que haya recibido el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos brinde toda la información necesaria para tomar una decisión, puede completar el formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar los datos más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.amerihealthmedicare.com) o llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros y pida el formulario.

Ya sea que elija utilizar el formulario o no, se necesita la siguiente información para que podamos identificarlo y procesar su solicitud de pago:

- Nombre del miembro
- Número de identificación de miembro (ubicado en su tarjeta de identificación de miembro)
- Fecha de nacimiento del miembro
- Fecha del servicio
- Código del procedimiento (ubicado en la factura o el recibo del proveedor)
- Código del diagnóstico (ubicado en la factura o el recibo del proveedor)
- Cargos/montos facturados
- Nombre y National Provider Identifier (NPI, Identificador de Proveedor Nacional) del proveedor
- Recibo o evidencia del pago

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado por correo a la siguiente dirección:

Capítulo 7 **Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por los servicios médicos o los medicamentos cubiertos**

Para solicitudes de pago de servicios médicos (Parte C): Para solicitudes de pago de medicamentos recetados (Parte D):

AmeriHealth
Claims Receipt Center
PO Box 211184
Eagan, MN 55121

Part D Payment Requests
PO Box 650287
Dallas, TX 75265-0287

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y le responderemos sí o no

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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le comunicaremos si necesitamos que proporcione cualquier otra información adicional. De lo contrario, analizaremos la solicitud y tomaremos la decisión de cobertura.

Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento está cubierto y que usted siguió todas las reglas, le reembolsaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si todavía no pagó el servicio o medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor.

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento *no* está cubierto o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviamos el pago y sus derechos a apelar a la decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos el costo total o parcial del cuidado médico o medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de reembolso o el monto que le reembolsamos, puede apelar. Si presenta una apelación, significa que está solicitando que modifiquemos la decisión que tomamos cuando desestimamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal que conlleva procedimientos detallados y fechas límite importantes. Para obtener más detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos brindar la información de una forma que funcione para usted y sea coherente con sus características culturales (en otros idiomas que no sean inglés, en braille, en letra grande o en formato de audio)

Su plan está obligado a asegurar que todos los servicios, clínicos y no clínicos, se provean de forma culturalmente competente y sean accesibles a todos los inscritos, incluidos aquellos con competencias de inglés limitadas, habilidades lectoras limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con orígenes étnicos y culturales diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipo o conexión TTY (teléfono teletipo o teléfono de texto).

Puede que le solicitemos información demográfica, como la raza, el origen étnico, la orientación sexual y la identidad de género. Puede que también solicitemos información sobre necesidades sociales esenciales para su bienestar. Compartir esta información con nosotros nos ayuda a comprender mejor y a cumplir con las diversas necesidades de nuestros miembros. Su respuesta a nuestra solicitud de información demográfica es opcional.

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación lingüística gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. En caso de que sea necesario, también podemos brindarle información en braille, en letra grande o en formato de audio sin ningún costo para usted. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan de un modo que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una forma que se adapte a usted, llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros.

Nuestro plan está obligado a darles a los miembros la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de atención médica preventivos y de rutina de las mujeres.

Si los proveedores especialistas en la red del plan no están disponibles, es la responsabilidad del plan ubicar proveedores especialistas fuera de la red que puedan proveer la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesite, llame al plan para obtener información sobre dónde dirigirse para obtener este servicio a un costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en atención para mujeres o encontrar un especialista de la red, llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros para presentar una queja formal. También puede presentar un reclamo ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Tiene el derecho de elegir un proveedor dentro de la red del plan. También tiene derecho a ir a un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) sin ser remitido y aun así pagar el monto del costo compartido dentro de la red.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Tiene derecho a hacer citas para recibir servicios cubiertos por parte de sus proveedores *dentro de un tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios de especialistas cuando los necesite. También tiene derecho a surtir o repetir sus recetas en cualquiera de las farmacias de la red sin demoras excesivas.

Si cree que no está recibiendo el cuidado médico o los medicamentos de la Parte D dentro de un tiempo razonable, el Capítulo 9 le indica qué hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información médica personal. Protegemos su información de salud personal tal como lo requieren estas leyes.

- La información de salud personal incluye la información personal que nos brinda cuando se inscribe en este plan, los expedientes médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información médica. Le proporcionamos un aviso por escrito, denominado **aviso de prácticas de privacidad**, que detalla estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica personal?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien los registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información médica a alguien que no le proporciona atención o paga por ella, *primero debemos obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted*.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su permiso escrito previamente. Estas excepciones están permitidas o exigidas por ley.
 - Debemos divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención médica.
 - Debido a que es miembro de nuestro plan por medio de Medicare, debemos darle a Medicare su información médica, incluida la información de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga la información para investigaciones u otros usos, esto se realizará de acuerdo con las leyes y regulaciones federales. Por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no se comparta.

Puede ver la información en sus registros y saber de qué manera se compartió con otros.

Tiene el derecho de ver sus registros médicos que posee el plan y de obtener una copia de sus registros. Podemos cobrarle una tarifa por las copias. También puede solicitarnos que agreguemos o corrijamos la información de los registros médicos. Si lo hace, trabajaremos en conjunto con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para cualquier finalidad que no sea de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información médica, llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

AmeriHealth se compromete a proteger la privacidad de la información de salud personal de los miembros. Parte de ese compromiso es cumplir con la Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos) de 1996, que requiere que tomemos medidas adicionales para proteger la información personal y para informar a nuestros miembros sobre esas medidas.

En el Aviso de prácticas de privacidad se describe cómo AmeriHealth puede utilizar y divulgar la información de salud personal de un miembro, y cómo un miembro de un plan de salud de AmeriHealth puede obtener acceso a esta información. Para obtener información detallada sobre estas prácticas, los formularios de privacidad disponibles y los requisitos de la HIPAA, visite amerihealthmedicare.com/privacy. También puede solicitar una copia del Aviso sobre prácticas de privacidad si se comunica con nuestro Equipo de Atención para Miembros.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y los servicios cubiertos

Como miembro de AmeriHealth Medicare PPO, tiene derecho a recibir distintos tipos de información de nuestra parte.

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, contáctese con nuestro Equipo de Atención para Miembros:

- **Información sobre AmeriHealth y nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre la red de proveedores y farmacias.** Tiene derecho a obtener información sobre las cualificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a nuestros proveedores.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando usa su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4 se brinda información sobre los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6 se brinda información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre la razón por la que no se cubre algo y qué puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9 se brinda 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. En el Capítulo 9 también se proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamado apelación.

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

Tiene derecho a conocer las opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre la atención médica

Tiene derecho a obtener toda la información de los médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y las opciones de tratamiento *de modo que usted pueda entender*.

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

- **Conocer todas las opciones.** Tiene derecho a que lo informen sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

del costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que lo informen sobre los programas que ofrece el plan para ayudar a los miembros a manejar y utilizar los medicamentos de manera segura.

- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre cualquier riesgo que involucre el cuidado. Debe saber con anticipación si cualquier atención médica o tratamiento propuestos es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar el hospital o centro médico, incluso si el médico le aconseja lo contrario. También tiene derecho a dejar de tomar la medicación. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, adquiere completa responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado de esta decisión.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer si usted no está en condiciones de tomar decisiones médicas por usted mismo

Algunas veces, una persona queda incapacitada para tomar decisiones sobre la atención médica debido a un accidente o una enfermedad grave. Tiene derecho a decidir qué quiere que suceda si se encuentra en esa situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Completar un formulario escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas** si alguna vez se vuelve incapaz de tomar decisiones por usted mismo.
- **Entregarle a su médico instrucciones escritas** sobre cómo desea que maneje la atención médica si usted no es capaz de tomar decisiones.

Los documentos legales que puede utilizar para dejar instrucciones con anticipación en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Existen distintos tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para estas. Los documentos denominados **testamento en vida** y **poder legal para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una **directiva anticipada** para dejar instrucciones, debe realizar lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Si desea realizar una instrucción anticipada, puede obtener un formulario de un abogado, un trabajador social o una tienda de suministros para oficina. A veces, puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas en organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. También puede contactarse con nuestro Equipo de Atención para Miembros para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga el formulario, recuerde que es un documento legal. Debería considerar recurrir a un abogado para redactarlo.
- **Entregar copias a las personas adecuadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario como la que tomará las decisiones si usted no puede. Le recomendamos que entregue copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado una instrucción anticipada, el hospital dispone de formularios y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde que completar o no una instrucción anticipada es su decisión (así como firmar o no una cuando está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie le puede negar la atención ni discriminarlo basándose en si firmó o no una instrucción anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó una directiva anticipada y considera que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones en ella, puede presentar un reclamo ante el Department of Health (Departamento de Salud) de New Jersey. Puede llamar a la línea directa para reclamos al 1-800-792-9770 o utilizar el formulario en línea disponible en www.nj.gov/health/healthcarequality/patients-families/file-complaint-how-to/.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar reclamos y a solicitar que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, inquietud o reclamo y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se le indica qué debe hacer. Ya sea que solicite una decisión de cobertura, presente una apelación o realice un reclamo, **debemos tratarlo con imparcialidad**.

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que recibió un trato injusto o que no se respetan sus derechos?

Si se trata de discriminación, llame a la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles)

Tiene derecho a recibir un trato justo y respetuoso, y a que se reconozca su dignidad. Si cree que recibió un trato injusto o que sus derechos no se respetaron por motivos de raza, incapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Office for Civil Rights** del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697 o a su oficina local de derechos civiles.

¿Fue por algún otro motivo?

Si cree que recibió un trato injusto o que sus derechos no se respetaron y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema que tiene:

- Puede **llamar a nuestro Equipo de Atención para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, vaya a la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar 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 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay diversos lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a nuestro Equipo de Atención para Miembros**.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, vaya a la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede contactar a **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones en Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, usted tiene algunas responsabilidades

A continuación, se enumeran las cosas que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para informarse sobre lo que está cubierto para usted y las reglas que necesita seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4 se brinda detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6 se brinda detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

Si posee alguna otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos al respecto. En el Capítulo 1 se informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a los médicos, a otros proveedores y a AmeriHealth a que lo asistan proporcionándoles información, haciendo preguntas y haciendo un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudarlo a obtener la mejor atención, informe a sus médicos, a otros proveedores de salud y a AmeriHealth sobre sus problemas de salud. Participe en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados, en la medida de lo posible. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que sus médicos y usted han acordado.
 - Asegúrese de que los médicos sepan sobre todos los medicamentos que usted toma, incluso los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Se espera que todos los miembros del plan respeten los derechos de otros pacientes. También se espera que actúe de modo que facilite el funcionamiento del consultorio de su médico, de hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que le corresponde.** Como miembro del plan, debe hacerse cargo de los siguientes pagos:

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Debe pagar las primas de su plan.
 - Debe continuar pagando sus primas de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de los servicios médicos y medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo al obtener el servicio o medicamento.
 - Si se le exige que pague una multa por inscripción tardía, debe hacerlo para conservar su cobertura de medicamentos recetados.
 - Si le corresponde pagar el monto adicional de la Parte D debido a su ingreso anual, debe continuar pagándolo directamente al Gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio del plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo comunicarnos con usted.
 - **Si se muda *fuera* de nuestra área de servicio del plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
 - Si se muda, también es importante que le informe al Social Security (o a la Railroad Retirement Board).

SECCIÓN 3 Comunicaciones con los miembros

Sección 3.1 Conexiones con los miembros

Hay muchas formas de que se contacte con el plan y maneje su cobertura de atención médica, ya sea por escrito o en línea.

Evaluación de las necesidades de salud

Puede recibir una encuesta para la evaluación de riesgo de salud que nos ayuda a conocer más sobre sus necesidades de atención médica. La información que nos brinde no afectará su inscripción al plan ni la prima.

Visita de salud personal

Las visitas de salud personales son una manera conveniente de obtener asesoría y evaluación personalizada de salud en un entorno relajado y se ofrecen **sin costo extra para usted**. Este servicio es opcional y las consultas no afectarán sus beneficios ni primas actuales del seguro médico, ni reemplazará su visita de bienestar anual.

Sitio para miembros

Inicie sesión o regístrese en www.amerihealth.com/login en cualquier momento y desde cualquier lugar para encontrar toda la información sobre sus beneficios y su salud en un solo sitio. Acceda a su tarjeta de identificación de miembro, al *Provider/Pharmacy Finder* (Buscador de farmacias/proveedores), al estado de sus reclamaciones recientes y a mensajes importantes. Además, puede administrar sus beneficios de medicamentos recetados, buscar alternativas de bajo costo, pedir medicamentos a través del servicio de entregas a domicilio de pedidos por correo y hacer un seguimiento de ellos. También puede visitar nuestro sitio web en www.amerihealthmedicare.com para obtener documentos del plan, información sobre salud y bienestar, y más.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Buscar un médico u hospital

Nuestra herramienta en línea *Find a Provider* lo ayuda a encontrar un proveedor dentro de la red. Puede buscar proveedores y centros médicos con la herramienta en www.amerhealthmedicare.com/providerfinder. La información sobre los proveedores de la red disponibles en la herramienta *Find a Provider* incluye lo siguiente:

- Nombre, dirección y números de teléfono
- Cualificaciones profesionales
- Especialidad
- Facultad de medicina a la que asistieron
- Finalización de la residencia
- Estado de certificaciones de la Junta

Evaluación de tecnología médica

Nuestro plan usa el proceso de evaluación de tecnología para asegurarse de que los medicamentos, los procedimientos y los dispositivos nuevos sean seguros y efectivos antes de aprobarlos como servicios cubiertos. Cuando aparecen tecnologías nuevas o, a solicitud de un médico o un miembro, el plan hace una investigación de toda la información científica disponible proveniente de estas fuentes expertas. Con base en este análisis, el plan:

- decide sobre cuándo se comprobó que un medicamento, procedimiento o dispositivo nuevo es seguro y efectivo, y
- usa esta información para determinar cuándo un artículo se convierte en un servicio cubierto.

Fuentes expertas llevan a cabo la revisión y la evaluación de la información clínica y científica disponible. Estas fuentes incluyen, entre otras:

- publicaciones de agencias del Gobierno;
- publicaciones revisadas por expertos;
- pautas profesionales;
- expertos regionales y nacionales;
- ensayos clínicos, y
- documentación de fabricantes.

Sección 3.2 Revisiones de administración de utilización

Los proveedores profesionales, consultores médicos independientes, directores médicos y enfermeros que efectúan las revisiones de utilización no reciben compensación ni incentivos en función de las decisiones de cobertura que realicen. Los directores médicos y los enfermeros son asalariados, y los médicos independientes contratados y demás consultores profesionales reciben compensación por cada caso analizado, independientemente de la determinación de la cobertura. El plan de beneficios de salud no recompensa ni brinda incentivos económicos específicamente por el rechazo de coberturas. No existen incentivos económicos para dichas personas que pudieran fomentar decisiones en revisiones de utilización que generen desaprovechamiento.

CAPÍTULO 9:

Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso para presentar reclamos**; también denominados quejas formales.

Ambos procesos fueron aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que deben ser cumplidos por nosotros y por usted.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado que deberá seguir.

Sección 1.2 Información sobre los términos legales

Existen términos legales para algunas reglas, procedimientos y tipos de plazo que se explican en este capítulo. Muchos de ellos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de comprender. Para facilitar las cosas, en este capítulo:

- se utilizan palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, por lo general, se utiliza “presentar un reclamo” en lugar de “tramitar una queja formal”; “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de la cobertura” o “determinación de riesgo”; y “organización de revisión independiente” en lugar de “institución de revisión independiente”.
- También se evita el uso de abreviaturas tanto como sea posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos debe utilizar, incluimos términos legales cuando presentamos los detalles para manejar situaciones específicas.

Sección 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Estamos siempre disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene un reclamo sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar un reclamo. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. No obstante, en ciertas ocasiones, es posible que también desee obtener ayuda u orientación de parte de alguien que no se relacione con nosotros. A continuación, le presentamos dos entidades que pueden ayudarlo.

State Health Insurance Assistance Program (SHIP, Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna otra empresa de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué proceso debe seguir para manejar un problema. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación con respecto a qué debe hacer.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Los servicios de asesoramiento del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios 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) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para resolver su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La guía que aparece a continuación será de utilidad.

¿Su problema o inquietud están relacionados con los beneficios o la cobertura?

Esto incluye problemas sobre la cobertura de la atención médica (artículos y servicios médicos, o medicamentos recetados de la Parte B), la manera en que tiene cobertura y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, Sección 4: Guía de conceptos básicos sobre decisiones de cobertura y apelaciones.

No.

Vaya a la Sección 10 al final de este capítulo: Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otros problemas.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de conceptos básicos sobre decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Solicitar decisiones de cobertura y realizar apelaciones: marco general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluidos los problemas relacionados con el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos y servicios médicos, y a los medicamentos recetados de Medicare Part B como **atención médica**. Utiliza el proceso de decisión de cobertura y de apelaciones, por ejemplo, para saber si algo está cubierto o no, y la manera en que eso está cubierto.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Cómo solicitar las decisiones de cobertura antes de obtener los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a los beneficios, la cobertura o el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo refiere a un especialista fuera de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda probar que usted recibió un aviso de denegación estándar de este especialista o que la Evidencia de cobertura aclare que este servicio de remisión no se cubre nunca en ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden contactarnos y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle un cuidado médico que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos la atención médica antes de que la reciba, puede solicitarnos una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura se desestimará, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Una solicitud se desestimará, por ejemplo, si está incompleta; si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo; o si usted pide que su solicitud se retire. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso para explicar por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos decisiones de cobertura siempre que decidimos qué se cubre y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos no cubrir la atención médica o que determinemos que Medicare no lo cubre más para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de obtener un beneficio, y no queda conforme, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que ya tomamos. En ciertas circunstancias, que abordaremos más adelante, puede pedir una **apelación rápida** o acelerada de la decisión de cobertura. Su apelación es atendida por revisores diferentes de los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina Apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si estábamos siguiendo las reglas adecuadamente. Una vez finalizada la revisión, le comunicamos la decisión. En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 se desestimará, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Una solicitud se desestimará, por ejemplo, si está incompleta; si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo; o si usted pide que su solicitud se retire. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso para explicar por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos de manera total o parcial su apelación de nivel 1 sobre la atención médica, su apelación avanzará automáticamente a una apelación de nivel 2, que llevará a cabo una organización de revisión independiente que no tiene conexión con nosotros.

- No es necesario que haga nada para comenzar la apelación de nivel 2. Las reglas de Medicare nos exigen que enviemos automáticamente su apelación de nivel 2 sobre la atención médica si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Para las apelaciones sobre medicamentos de la Parte D, deberá solicitar una apelación de nivel 2 si rechazamos toda su apelación o una parte de ella. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo.

Si no está conforme con la decisión tomada con respecto a la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de niveles adicionales de apelación (la Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

Aquí le mostramos recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamar a nuestro Equipo de Atención para Miembros.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su State Health Insurance Assistance Program.
- **Su médico puede hacer la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros y pida el formulario de *designación de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.amerihealthmedicare.com).
 - Para cuidado médico o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se niega en el Nivel 1, pasará automáticamente al Nivel 2.
 - Para medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro médico prescriptor pueden 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 médico prescriptor puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si desea, puede designar a otra persona para que lo represente para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros y pida un formulario de *designación de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.amerihealthmedicare.com). El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que quiere que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia firmada del formulario.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión respecto de su apelación), su solicitud de apelación se desestimarán. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito para explicarle su derecho de solicitarle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **También tiene derecho a contratar un abogado.** Puede contactar a un abogado propio u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local o de otro servicio de remisión. También existen grupos que le pueden brindar servicios legales gratuitos si es elegible. Sin embargo, **contratar un abogado no es obligatorio** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o solicitar una apelación.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo da los detalles de su situación?

Hay cuatro situaciones distintas relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones. Ya que cada situación cuenta con normas y fechas límite diferentes, presentamos los detalles para cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: Su cuidado médico: cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación
- **Sección 6** de este capítulo: Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo solicitar que cubramos una estadía más prolongada en el hospital como paciente internado si considera que le están dando el alta muy pronto
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitar que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura finalizará muy pronto (*aplica solo para estos servicios*: atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada y servicios del CORF)

Si no está seguro de qué sección debería utilizar, contáctese con el Equipo de Atención para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP..

SECCIÓN 5 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 Esta sección explica lo que debe hacer si tiene problemas con la cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección comprende los beneficios de la atención y de los servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)*. En algunos casos, aplican diferentes reglas a la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, le explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le explicará lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de cinco siguientes situaciones:

1. No recibe una atención médica determinada que necesita y cree que nuestro plan la cubre. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autorizará el cuidado médico que su médico u otro proveedor le sugiere, y usted cree que su plan cubre dicho cuidado. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

3. Ha recibido cuidado médico que cree que su plan debería cubrir, pero le hemos informado que no pagaremos dicho cuidado. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Ha recibido y abonado cuidado médico que cree que su plan debería cubrir y desea solicitar que se le reintegre dicho cuidado. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le ha informado que la cobertura de cierto cuidado médico que ha estado recibiendo y antes autorizábamos se reducirá o se suspenderá, y usted cree que reducirlo o suspenderlo podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es de cuidado hospitalario, cuidados de salud en el hogar, cuidados en centros de enfermería especializada o Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF, Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios), necesita leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina **determinación de la organización**.

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

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

Normalmente, se toma una decisión estándar de cobertura en un plazo de 14 días o dentro de las 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, se toma una decisión rápida de cobertura en un plazo de 72 horas para servicios médicos o dentro de las 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:

- Puede *solicitar solo* la cobertura de artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos o servicios médicos que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si respetar las fechas límite podría *provocar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad de funcionamiento*.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, accederemos automáticamente a otorgarle una.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su propia cuenta, sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos dicha decisión.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, le daremos una decisión de cobertura rápida de manera automática.
 - Explica que usted puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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 al plan para solicitar que autoricemos o brindemos cobertura para el cuidado médico que desea. Tanto usted como su médico o su representante pueden realizar esto. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para cuidado médico y le damos una respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le responderemos en un plazo de 14 días calendario luego de recibir su solicitud de un **artículo o servicio médicos**. Si solicita un **medicamento recetado de Medicare Part B**, le daremos una respuesta dentro de las **72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta 14 días más** si la solicitud es para un artículo o un servicio médico. Si nos tomamos más días, le informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para arribar a una decisión si solicita un medicamento recetado de Medicare Part B.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar un reclamo rápido. Le daremos una respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos).

Para las decisiones de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado

Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro de las 72 horas posteriores si la solicitud es de un artículo o servicio médicos. Si solicita un medicamento recetado de Medicare Part B, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta 14 días más**. Si nos tomamos más días, le informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para arribar a una decisión si solicita un medicamento recetado de Medicare Part B.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar un reclamo rápido. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si desestimamos parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito del motivo de la denegación.

Paso 4: Si desestimamos su solicitud de cobertura de cuidado médico, puede apelar.

- Si decimos que no, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de cuidado médico que desea. Si decide apelar, significa que empezará con el Nivel 1 del proceso de apelación.

**Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1****Términos legales**

Una apelación al plan por una decisión de cobertura de la atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Determine si necesita una apelación estándar o una rápida.

Por lo general, una apelación estándar se realiza en un plazo de 30 días o de 7 días para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida normalmente se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos con respecto a la cobertura de una atención que todavía no recibió, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su salud requiere una apelación rápida, se la otorgaremos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura, que se indican en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, realícela por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si se le pasa la fecha límite por una razón valedera, explique el motivo de la demora de su apelación cuando la presente. Podríamos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la documentación relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos la respuesta.

- Cuando nuestro plan revise su apelación, se analizará minuciosamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Reuniremos más información si es necesario, posiblemente contactándonos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos una respuesta más temprano si su salud así lo requiere.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Sin embargo, si pide más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si solicita un artículo o servicio médicos. Si nos tomamos más días, le informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Part B.
- Si no le respondemos en un plazo de 72 horas (o al finalizar el periodo extendido si nos tomamos más días), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parcial o totalmente lo que solicitó**, tenemos la obligación de autorizar o brindarle la cobertura que acordamos otorgarle en un plazo de 72 horas después de la recepción de su apelación.
- **Si desestimamos parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de que recibimos su apelación. Si solicita un medicamento recetado de Medicare Parte B que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de siete días calendario** después de recibir su solicitud. Le informaremos nuestra decisión más temprano si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si pide más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si solicita un artículo o servicio médicos. Si nos tomamos más días, le informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para arribar a una decisión si solicita un medicamento recetado de Medicare Part B.
 - Si considera que *no* deberíamos tomarnos más días, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al finalizar el periodo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parcial o totalmente lo que solicitó**, tenemos la obligación de autorizar o brindarle la cobertura en un plazo de 30 días calendario si solicitó un artículo o servicio médicos, o **en el plazo de siete días calendario** si solicitó un medicamento recetado de Medicare Part B.
- **Si desestimamos parcial o totalmente lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se lleva a cabo una apelación de Nivel 2

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **institución de revisión independiente**. A veces, se la denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente de su caso**. **Tiene el derecho de solicitar una copia del expediente de su caso**.
- Tiene el derecho de brindarle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si obtuvo una apelación rápida en el nivel 1, también obtendrá una en el nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe responder a su apelación de nivel 2 en un plazo de 72 horas después de recibirla.
- Sin embargo, si solicitó un artículo o servicio médicos y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que podría beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para arribar a una decisión si solicita un medicamento recetado de Medicare Part B.

Si obtuvo una apelación estándar en el nivel 1, también obtendrá una en el nivel 2.

- Para la apelación estándar, si solicitó un artículo o un servicio médico, la organización de revisión debe responder a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** desde que la recibe. Si solicitó un medicamento recetado de Medicare Part B, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de siete días calendario** desde que la recibe.
- Sin embargo, si solicitó un artículo o servicio médicos y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que podría beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para arribar a una decisión si solicita un medicamento recetado de Medicare Part B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da una respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito explicando las razones que condujeron a tal decisión.

- **Si la organización de revisión acepta parcial o totalmente la solicitud de un artículo o servicio médicos**, debemos autorizar la cobertura del cuidado médico en un plazo de 72 horas o brindarle el servicio en un plazo de 14 días calendario después recibir la decisión tomada por la organización de revisión para las solicitudes estándar.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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 parcial o totalmente la solicitud de un medicamento recetado de Medicare Part B**, tenemos la obligación de autorizar o brindarle el medicamento recetado de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización rechaza parcial o totalmente la apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que no debemos autorizar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. (Esto se llama **ratificar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - Le explica su decisión.
 - Le informa sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de cuidado médico alcanza un mínimo determinado. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
 - Informarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación luego del nivel 2 (lo que da un total de cinco niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 queda a cargo de un juez administrativo o un abogado litigante. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5 ¿Qué ocurre si nos solicita que abonemos nuestra parte de una factura que recibió por cuidado médico?

El Capítulo 7 describe cuándo podría necesitar pedir un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También le explica cómo enviarnos la documentación para solicitar el pago.

Solicitar un reintegro es solicitarnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar un reintegro, nos pide que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si el cuidado médico que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos que haya cumplido con todas las reglas para utilizar la cobertura de este cuidado médico.

Si aceptamos su solicitud: si el cuidado médico que pagó está cubierto y usted cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte en un plazo de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no pagó por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

Si desestimamos su solicitud: si el cuidado médico *no* está cubierto o si usted *no* cumplió con todas las reglas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

carta para informarle que no pagaremos por la atención médica y detallaremos las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que está solicitando que modifiquemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación descrito en la Sección 5.3.

Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos pide el reembolso por una atención médica que ya recibió y ya pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso después del nivel 2, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación

Sección 6.1 Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reintegremos el costo de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para tener cobertura, el medicamento debe utilizarse para una indicación médica autorizada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médica autorizada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere solo a los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, nos referimos generalmente a *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D* todo el tiempo. 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 reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.

Si en la farmacia le dicen que su receta no se puede surtir como fue expedida, la farmacia le dará un aviso por escrito para explicarle cómo contactarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal

Una decisión inicial de cobertura con respecto a los medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de la cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que nosotros tomamos acerca de los beneficios y la cobertura o sobre el importe que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le explicará lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitar que cubramos un medicamento recetado de la Parte D que no aparece en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar que no apliquemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como los límites en la cantidad de medicación que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar pagar un monto de costos compartidos más bajo por un medicamento cubierto de nivel de costos compartidos superior. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Solicitar que paguemos un medicamento recetado que ya compró. **Solicitarnos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura que tomamos, puede apelar.

Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

La solicitud de cobertura para un medicamento que no está en la lista de medicamentos, a veces, se denomina solicitar una **excepción al formulario**.

La solicitud de eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento, a veces, se denomina pedir una **excepción al formulario**.

La solicitud para pagar menos por un medicamento cubierto no preferido, a veces, se denomina **excepción a los niveles**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro médico prescriptor deberán dar las razones médicas por las que necesita que aprobemos la excepción. He aquí tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro médico prescriptor pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra lista de medicamentos.**
Si aceptamos cubrir un medicamento que no aparece en la lista de medicamentos, deberá

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

pagar el monto de los costos compartidos que aplican a los medicamentos de nivel 4 (medicamentos no preferidos). No puede pedir una excepción por el monto del costo compartido que debe pagar por el medicamento.

2. **Quitar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o las restricciones adicionales que aplican a determinados medicamentos de la lista de medicamentos (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5). Si accedemos a hacer una excepción y quitar una restricción, puede solicitar una excepción en el copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.
3. **Cambio de la cobertura de un medicamento por uno de menor nivel de costos compartidos.** Todos los medicamentos de la lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, mientras más bajo sea el número de nivel de costos compartidos, menos pagará por su parte del costo del medicamento.
 - Si nuestra lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que están en un nivel de costos compartidos menor que el de su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costos compartidos que aplica al medicamento alternativo.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al importe de costos compartidos que aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de medicamentos de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al importe de costos compartidos que aplica al nivel más bajo que contiene alternativas, ya sean de medicamentos de marca o genéricos, para tratar su afección.
 - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costos compartidos de ningún medicamento del nivel 5 (niveles especiales).
 - Si aprobamos su solicitud de excepción a los niveles y hay más de un nivel de costos compartidos menor con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el importe más bajo.

Sección 6.3 Cuestiones importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones

Su médico debe darnos las razones médicas

Su médico u otro médico prescriptor deben entregarnos una declaración que explique las razones clínicas por las que solicita una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica expedida por un médico al momento de solicitar la excepción.

Por lo general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo resultaría tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no provocaría efectos secundarios ni demás problemas a su salud, por lo general, *no* aprobaremos la solicitud de excepción. Si solicita una excepción a los niveles, en general, *no* la autorizaremos a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles más bajos de costos compartidos no resulten igual de beneficiosos para usted o tengan probabilidades de causar una reacción adversa u otros daños.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, la autorización suele ser válida hasta finalizar el año del plan. Esto será así siempre y cuando su médico continúe recetando el medicamento y este siga siendo seguro y efectivo para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedirnos que reveamos nuestra decisión mediante una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción

Término legal

Una decisión rápida de cobertura se denomina **determinación acelerada de la cobertura**.

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

Las **decisiones estándar de cobertura** se toman en un plazo de **72 horas** después de que recibimos la declaración de su médico. Las **decisiones rápidas de cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de que recibimos la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión rápida de cobertura. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe estar solicitando un medicamento que no ha recibido aún. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que se le reembolse por un medicamento que ya compró).
- Utilizar las fechas límite estándar podría provocar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad de funcionamiento.
- **Si su médico u otro profesional nos informan de que su salud requiere una decisión rápida de cobertura , le otorgaremos automáticamente una.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su propia cuenta, sin el respaldo de su médico u otro médico prescriptor, nosotros decidiremos si su salud requiere que le otorguemos dicha decisión.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que, si su médico u otro médico prescriptor solicitan la decisión de cobertura rápida, de manera automática tomaremos dicha decisión.
 - Explica cómo presentar un reclamo rápido con respecto a nuestra decisión de otorgarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos a su reclamo dentro de las 24 horas de su recepción.

Paso 2: Solicite una decisión estándar de cobertura o una rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax al plan para solicitar que autoricemos o brindemos cobertura para el cuidado médico que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura mediante el sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

una solicitud enviada a través de un *formulario modelo de solicitud de determinación de la cobertura de los CMS* o del formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 tiene información de contacto. Visite www.amerihealthmedicare.com para buscar y completar el formulario de nuestro plan. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto y la información que identifique qué reclamación negada se presenta la apelación.

Usted, su médico (u otro profesional) o su representante pueden realizar esto. A su vez, puede autorizar a un abogado para que lo represente. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede autorizar por escrito a otra persona para que actúe en su representación.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que se trata de las razones médicas para la excepción. Su médico u otro médico prescriptor pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. También pueden contactarnos por teléfono y, luego, enviarnos la declaración escrita por fax o por correo si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- Generalmente, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de que recibimos su solicitud.
 - Para las excepciones, le responderemos dentro de 24 horas luego de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta más temprano si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parcial o totalmente lo que solicitó**, tenemos la obligación de brindarle la cobertura que acordamos otorgarle dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que la respalde.
- **Si rechazamos parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito del motivo de la denegación. También le diremos cómo puede apelar.

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

- Generalmente, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibimos su solicitud.
 - Para las excepciones, le responderemos dentro de las 72 horas luego de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta más temprano si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parcial o totalmente lo que solicitó**, tenemos la obligación de **brindarle la cobertura** que acordamos otorgarle **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que la respalde.
- **Si rechazamos parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito del motivo de la denegación. También le diremos cómo puede apelar.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días** calendario después de que recibimos su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parcial o totalmente lo que solicitó**, tenemos la obligación de realizarle el pago en un plazo de 14 días calendario después de que recibimos su solicitud.
- **Si rechazamos parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito del motivo de la denegación. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si desestimamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

Si decimos que no, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto se refiere a volver a solicitar la cobertura del medicamento que desea. Si decide apelar, significa que empezará con el Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan por una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se denomina **redeterminación**.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Determine si necesita una apelación estándar o una rápida.

Por lo general, una apelación estándar se realiza en un plazo de 7 días. Una apelación rápida normalmente se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si apela una decisión que tomamos con respecto a un medicamento que todavía no recibió, usted y su médico u otro profesional deberán determinar si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura, que se indican en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro médico prescriptor nos deben contactar y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitar una **apelación rápida**.

- **Para las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-866-569-5190.** En el Capítulo 2, se encuentra la información de contacto.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Debemos aceptar cualquier solicitud escrita**, incluida una solicitud enviada en un Formulario modelo de solicitud de determinación de la cobertura de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información con respecto a su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud. Visite www.amerihealthmedicare.com para buscar y completar este formulario.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si se le pasa la fecha límite por una razón valedera, explique el motivo de la demora de su apelación cuando la presente. Podríamos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la documentación relacionada con la apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos la respuesta.

Al revisar la apelación, analizamos cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Podríamos contactarlo a usted o a su médico u otro médico prescriptor para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos una respuesta más temprano si su salud así lo requiere.
 - Si no le respondemos en un plazo de 72 horas, nos vemos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisado por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parcial o totalmente lo que solicitó**, tenemos la obligación de brindarle la cobertura que acordamos otorgarle dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito del motivo de la denegación y le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar de un medicamento que todavía no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de siete días calendario** después de que recibimos su apelación. Tomaremos nuestra decisión más temprano si aún no ha recibido el medicamento y su condición de salud así lo requiere.
 - Si no tomamos una decisión en un plazo de siete días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si **aceptamos parcial o totalmente lo que solicitó**, tenemos la obligación de brindarle la cobertura tan rápido como su salud lo requiera, pero no más tarde de los **siete días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si **rechazamos parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito del motivo de la denegación y le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar del pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibimos su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- Si **aceptamos parcial o totalmente lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de que recibimos su solicitud.
- Si **rechazamos parcial o totalmente lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito del motivo de la denegación. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide apelar de nuevo, significa que la apelación pasará al nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **institución de revisión independiente**. A veces, se la denomina **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro médico prescriptor) debe contactar a la organización de revisión independiente y solicitar la revisión de su caso.

- Si desestimamos su apelación de nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Tales instrucciones mencionarán quién puede realizar la apelación de Nivel 2, las fechas límite que aplicarán y cómo contactar a la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente o tomamos una decisión no favorable con respecto a la determinación **de riesgo** de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente de su caso. Tiene el derecho de solicitar una copia del expediente de su caso.**
- Tiene el derecho de brindarle información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización accede a otorgarle una apelación rápida, deberá responder a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de siete días calendario** después de la recepción de su apelación si se trata de un medicamento que todavía no recibió. Si solicita el reembolso de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da una respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente autoriza parcial o totalmente la solicitud,** debemos brindarle la cobertura de medicamento que dicha organización autorizó **en un plazo de 24 horas** luego de la recepción de la decisión por parte de la organización revisora.

Para las apelaciones estándares:

- **Si la organización de revisión independiente autoriza parcial o totalmente su solicitud de cobertura,** debemos brindarle la cobertura de medicamento que dicha organización autorizó **en un plazo de 72 horas** luego de la recepción de la decisión por parte de la organización revisora.
- **Si la organización de revisión acepta parcial o totalmente la solicitud de reembolso** de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después recibir la decisión tomada por la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización rechaza **parcial o totalmente** su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que no debemos autorizar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina **ratificar la decisión**. También se conoce como **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Le explica su decisión.
- Le informa sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor del dólar de la cobertura del medicamento que solicita cumple con un cierto mínimo. Si el valor en

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

dólares de la cobertura que está solicitando es muy bajo, no puede realizar otra apelación, lo que implica que la decisión de nivel 2 es definitiva.

- Le informe sobre el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación luego del nivel 2 (lo que da un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 queda a cargo de un juez administrativo o un abogado litigante. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitar que cubramos una estadía más prolongada en el hospital como paciente internado si considera que le están dando el alta muy pronto

Cuando lo internan, tiene derecho a obtener la cobertura de todos los servicios hospitalarios cubiertos que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su internación, su médico y el personal hospitalario trabajarán junto a usted para que esté listo el día en que se retire del lugar. Ellos lo asistirán en la coordinación de cualquier cuidado que pudiera necesitar luego de retirarse.

- El día que sale del hospital se denomina **fecha de alta**.
- Una vez que se decide su fecha de alta, su médico o el personal hospitalario se la informarán.
- Si considera que le están dando el alta muy temprano, puede solicitar una internación más prolongada y se considerará dicha solicitud.

<h3>Sección 7.1 Durante su estadía en el hospital como paciente internado, recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se explican sus derechos</h3>

Dentro de los dos días de que lo hayan admitido en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todo aquel que tiene Medicare recibe una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y haga preguntas si no lo entiende. Tiene información sobre:

- Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante su internación y después de ella, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho de saber cuáles son los servicios, quién pagará por ellos y dónde puede recibirlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su internación.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Dónde informar cualquier preocupación que tenga respecto de la calidad del cuidado hospitalario.
 - Su derecho de **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de su alta si considera que le están dando el alta muy pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un aplazo en la fecha de alta para que cubramos el cuidado hospitalario por un periodo extendido.
- 2. Deberá firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
- Usted o alguien que actúe en su representación deberán firmar el aviso.
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. Este aviso no le informa la fecha de su alta. Firmar el aviso **no significa** que acepta la fecha de alta.
- 3. Conserve su copia** del aviso para tener a mano la información para presentar apelaciones (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que sea necesario.
- Si firma el aviso más de dos días antes de retirarse del hospital, recibirá otra copia antes de que se programe su alta.
 - Para ver por adelantado una copia del aviso, puede llamar a nuestro Equipo de Atención para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, 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 modificar la fecha de su alta

Si desea solicitar la cobertura de los servicios de hospital para pacientes internados por un periodo extendido, necesitará seguir el proceso de apelación. Antes de comenzar, es importante que comprenda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Respete las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, contacte a nuestro Equipo de Atención para Miembros. O llame al State Health Insurance Assistance Program, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante la apelación de Nivel 1, la Quality Improvement Organization revisa su apelación. Corroborar que su fecha de alta sea, en términos médicos, la apropiada para usted.

La **Quality Improvement Organization** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el Gobierno federal les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de fechas de alta para personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 1: Contacte a la Quality Improvement Organization de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo contactarse con esta organización. O bien, puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Quality Improvement Organization de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, debe contactarse con la Quality Improvement Organization *antes* de irse del hospital y, **a más tardar, a la medianoche del día de su alta.**
 - **Si cumple con esta fecha límite**, puede quedarse en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión por parte de la Quality Improvement Organization.
 - **Si no cumple con esta fecha límite** y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta planificada, *podría tener que pagar todos los costos* de cuidados hospitalarios que recibe después de su fecha de alta planificada.
- Si se le pasa la fecha límite para contactar a la Quality Improvement Organization y aún desea apelar, debe hacerlo directamente a nuestro plan. Para obtener más información acerca de esta otra manera de realizar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta, la Quality Improvement Organization se pondrá en contacto con nosotros. Al mediodía del día siguiente de que nos hayan contactado, le daremos un **Aviso de alta detallado**. Este aviso le informa su fecha del alta planificada y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (y apropiado en términos médicos) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del Aviso de alta detallado al llamar a nuestro Equipo de Atención para Miembros o a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días a la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver un modelo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Quality Improvement Organization lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud que pertenecen a la Quality Improvement Organization (los *revisores*) le preguntarán (a usted o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare algo por escrito, pero si lo desea, puede hacerlo.
- Además, los revisores analizarán su información clínica, hablarán con su médico y revisarán la información provista por el hospital y por nosotros.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de parte de nosotros con la fecha de su alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (y apropiado en términos médicos) que le den el alta en esa fecha.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: Dentro de las 24 horas luego de haber recibido toda la información necesaria, la Quality Improvement Organization responderá a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **debemos seguir cubriendo los servicios de hospital para pacientes internados mientras sean necesarios por razones médicas.**
- Usted deberá seguir pagando su parte del costo (como deducibles o copagos, según corresponda). Además, podrían existir limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, quiere decir que su fecha de alta planificada es apropiada en términos médicos. Si esto ocurre, **la cobertura de los servicios de hospital para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *después* de que la Quality Improvement Organization responda a su apelación.
- Si la organización de revisión rechaza su apelación y usted decide quedarse en el hospital, deberá **abonar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba luego del mediodía del día después de que la Quality Improvement Organization responda a su apelación.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de Nivel 1, puede decidir apelar nuevamente.

- Si la Quality Improvement Organization *rechaza* su apelación y usted se queda en el hospital luego de la fecha de alta planificada, puede realizar otra apelación. Presentar otra apelación significa avanzar al nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para modificar la fecha de su alta

Durante una apelación de Nivel 2, le solicita a la Quality Improvement Organization que revisen su decisión sobre la primera apelación. Si la Quality Improvement Organization rechaza su apelación de Nivel 2, puede que usted tenga que pagar el costo total de su estadía luego de la fecha de alta planificada.

Paso 1: Contacte a la Quality Improvement Organization de nuevo y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** luego de la fecha en que la Quality Improvement Organization *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó la cobertura de cuidado.

Paso 2: La Quality Improvement Organization lleva a cabo una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Quality Improvement Organization analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario luego de la recepción de su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión acepta su apelación:

- **Debemos reintegrarle** nuestra parte del costo del cuidado hospitalario que haya recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que su primera apelación fue rechazada

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

por la Quality Improvement Organization. **Debemos continuar cubriendo su cuidado hospitalario como paciente internado mientras que sea necesario por razones médicas.**

- Usted deberá pagar su parte del costo y podrán aplicar limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión tomada en la apelación de Nivel 1.
- El aviso escrito que recibirá le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si su apelación se rechaza, deberá decidir si desea llevar su apelación al nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación luego del nivel 2 (lo que da un total de cinco niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 queda a cargo de un juez administrativo o un abogado litigante. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar la apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital?

Término legal

Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina **apelación acelerada**.

Puede presentarnos la apelación a nosotros

Como se explica anteriormente, debe actuar rápidamente para comenzar su apelación de Nivel 1 de su alta. Si se le pasa la fecha límite para contactar a la Quality Improvement Organization, hay otra manera de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de presentar la apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos pide una respuesta dentro del plazo rápido y no dentro del estándar. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de su fecha de alta planificada para comprobar que sea apropiada en términos médicos.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información de su internación. Corroboramos que su fecha de alta planificada haya sido la apropiada en términos médicos. Controlamos que la decisión acerca de cuándo debería dejar el hospital haya sido justa y haya cumplido con las reglas.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que haya solicitado la revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos proporcionando sus servicios de hospital para pacientes internados cubiertos mientras sean necesarios por razones médicas. También significa que hemos acordado reintegrarle nuestra parte del costo del cuidado recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. (Usted deberá pagar su parte del costo y podrían aplicar limitaciones de cobertura).
- **Si desestimamos su apelación**, significa que su fecha de alta planificada era la apropiada en términos médicos. Nuestra cobertura de los servicios de hospital para pacientes internados finaliza el día que habíamos informado en principio.
 - Si se quedó en el hospital *después* de la fecha de alta planificada, **deberá abonar el costo total** del cuidado hospitalario que recibió luego de dicha fecha.

Paso 4: Si desestimamos su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **institución de revisión independiente**. A veces, se la denomina **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en el plazo de 24 horas desde que le informamos que rechazaremos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta u otras fechas límite, puede presentar un reclamo. En la Sección 10 de este capítulo se explica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le responden dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación de alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos devolverle el dinero de nuestra parte del costo del cuidado hospitalario que haya recibido desde su fecha de alta planificada. Debemos continuar cubriendo los servicios de hospital para pacientes internados a través del plan mientras sean necesarios por razones médicas. Usted deberá continuar pagando su parte del costo. Si hay limitaciones en la cobertura, estas

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

podrían restringir cuánto le reintegraremos o por cuánto tiempo continuaremos cubriendo los servicios.

- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con que su fecha de alta planificada del hospital era apropiada en términos médicos.
 - El aviso escrito que recibe de la organización de revisión independiente le dirá cómo comenzar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que es manejado por un juez administrativo o un abogado litigante.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea avanzar con el proceso.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación luego del nivel 2 (lo que da un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar la decisión o avanzar a una apelación de Nivel 3.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitar que continuemos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura finalizará muy pronto

Sección 8.1 Esta sección solo abarca tres servicios:
Cuidados de salud en el hogar, cuidados en centros de enfermería especializada y servicios de Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF, Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)

Al recibir **servicios de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o servicios de rehabilitación (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de servicios, deberemos avisarle con anticipación. Cuando finalice la cobertura para ese servicio, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su cuidado.*

Si considera que estamos finalizando la cobertura del servicio muy pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le explica cómo solicitar una apelación.

**Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****Sección 8.2 Le avisaremos con anticipación la fecha en que finalizará su cobertura****Término legal**

Aviso de no cobertura de Medicare. Le explica cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida**. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de pedir que cambiemos nuestra decisión de finalizar la cobertura en una determinada fecha.

- 1. Recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su cuidado. Este aviso escrito le informará:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir el cuidado que recibe.
 - Cómo solicitar una apelación por vía rápida para pedir que sigamos cubriendo su atención por un periodo extendido.
- 2. Usted, o alguien que actúe en su representación, deberán firmar el aviso por escrito para demostrar que la recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender el cuidado.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado por un periodo más largo

Si desea solicitar la cobertura de su cuidado por un periodo extendido, necesitará seguir el proceso de apelación. Antes de comenzar, es importante que comprenda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Respete las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, contacte a nuestro Equipo de Atención para Miembros. O llame al State Health Insurance Assistance Program, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante la apelación de Nivel 1, la Quality Improvement Organization revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su cuidado es médicamente adecuada.

La **Quality Improvement Organization** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el Gobierno federal les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de cuidado médico. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Quality Improvement Organization y solicite una *apelación por vía rápida* . Debe actuar rápido.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le informa cómo comunicarse con esta organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Quality Improvement Organization de su estado en el Capítulo 2.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Actúe rápido:

- Debe contactarse con la Quality Improvement Organization para comenzar la apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** del Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si se le pasa la fecha límite para contactar a la Quality Improvement Organization y aún desea apelar, debe presentar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener más información acerca de esta otra manera de realizar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Quality Improvement Organization lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud que pertenecen a la Quality Improvement Organization (los *revisores*) le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare algo por escrito, pero si lo desea, puede hacerlo.
- La organización de revisión analizará también su información médica, hablará con su médico y revisará la información provista por el plan.
- Al finalizar el día, los revisores nos informarán de su apelación, le enviaremos la **Explicación detallada de no cobertura** para explicarle en detalle nuestros motivos para finalizar la cobertura de los servicios.

Paso 3: Los revisores le comunicarán la decisión dentro de un plazo de 24 horas luego de la recepción de toda la información que necesitan.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir cubriendo los servicios mientras sean necesarios por razones médicas.**
- Usted deberá seguir pagando su parte del costo (como deducibles o copagos, según corresponda). Podrían existir limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, su **cobertura finalizará en la fecha que le informamos previamente.**
- Si decide continuar recibiendo cuidados de salud en el hogar, cuidados en centros de enfermería especializada o servicios de los Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF, Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios) *después* de la fecha en que finaliza la cobertura, **deberá pagar el costo total** de este cuidado.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de Nivel 1, puede decidir apelar nuevamente.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted elige continuar recibiendo los cuidados luego de que la cobertura finalice, puede realizar una apelación de Nivel 2.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado por un periodo más largo

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Quality Improvement Organization que vuelva a revisar la decisión de su primera apelación. Si la Quality Improvement Organization rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de los cuidados de salud en el hogar, los cuidados en centros de enfermería especializada o los servicios de los Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF, Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría la cobertura.

Paso 1: Contacte a la Quality Improvement Organization de nuevo y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** posteriores a la fecha en que la Quality Improvement Organization *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si recibió cuidado luego de la fecha en la que finalizó la cobertura.

Paso 2: La Quality Improvement Organization lleva a cabo una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Quality Improvement Organization analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de un plazo de 14 días luego de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán al respecto.

¿Qué ocurre si la organización de revisión acepta?

- **Debemos reintegrarle** nuestra parte del costo del cuidado recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar cubriendo** el cuidado mientras sea necesario por razones médicas.
- Usted deberá pagar su parte del costo y podrían aplicar limitaciones de cobertura.

¿Qué ocurre si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Esto significa que está de acuerdo con la decisión tomada en la apelación de Nivel 1.
- El aviso escrito que recibirá le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará información respecto de cómo avanzar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un abogado litigante.

Paso 4: Si se rechaza su apelación, deberá decidir si desea llevar su apelación al siguiente nivel.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación luego del nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si desea seguir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 queda a cargo de un juez administrativo o un abogado litigante. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se le pasa la fecha límite para presentar la apelación de Nivel 1?

Puede presentarnos la apelación a nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápido y contactar a la Quality Improvement Organization para iniciar su primera apelación (dentro de uno o dos días como máximo). Si se le pasa la fecha límite para contactar a esta organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de presentar la apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Término legal

Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina **apelación acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos pide una respuesta dentro del plazo rápido y no dentro del estándar. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información de su caso. Controlamos si respetamos todas las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que haya solicitado la revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por más tiempo y seguiremos prestando los servicios cubiertos mientras sean necesarios por razones médicas. También significa que hemos acordado reintegrarle nuestra parte del costo del cuidado recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. (Usted deberá pagar su parte del costo y podrán aplicar limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, la cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si decide continuar recibiendo atención médica en el hogar, cuidados en centros de enfermería especializada o servicios de los Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF, Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios) *después* de la fecha en que le dijimos que finaliza la cobertura, **deberá pagar el costo total** de este cuidado.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **institución de revisión independiente**. A veces, se la denomina **IRE**.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Durante la apelación de nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos con respecto a su apelación rápida. Esta organización decide si debemos modificar la decisión que tomamos. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Más bien es una empresa elegida por Medicare para llevar a cabo la labor de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en el plazo de 24 horas desde que le informamos que rechazaremos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta u otras fechas límite, puede presentar un reclamo. En la Sección 10 de este capítulo se explica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le responden dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación**, debemos reintegrarle de nuestra parte del costo del cuidado que haya recibido desde la fecha en la que dijimos que finalizaría la cobertura. Además, debemos continuar cubriendo el cuidado mientras sea necesario por razones médicas. Usted deberá continuar pagando su parte del costo. Si hay limitaciones en la cobertura, estas podrían restringir cuánto le reintegraremos o por cuánto tiempo continuaremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó el plan respecto de su primera apelación y no la modificará.
 - El aviso que recibirá de la organización de revisión independiente le explicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea avanzar con el proceso.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación luego del nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si desea seguir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de la apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado litigante revisan la apelación de Nivel 3.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Llevar la apelación al nivel 3 y niveles posteriores

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser apropiada para usted si realizó apelaciones de Nivel 1 y de Nivel 2, y si ambas se rechazaron.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médicos que ha apelado cumple con determinados niveles mínimos, podría avanzar a los siguientes niveles de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera similar. A continuación, se detalla quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un abogado litigante que trabaje para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de administrativo o el abogado litigante acepta su apelación, el proceso de apelación puede o no haber terminado.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez administrativo o del abogado litigante.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con los documentos correspondientes. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o brindarle la atención médica que es objeto de controversia.
- **Si el juez administrativo o el abogado litigante rechazan su apelación, el proceso de apelación podría finalizar o no.**
 - Si decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Medicare Appeals Council (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 positiva o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelación podría finalizar o no.** A diferencia de una decisión de nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 4 que resulte favorable para usted. Nosotros decidiremos si presentaremos una apelación de Nivel 5.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
- Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *podría* finalizar o no.**
 - Si decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le informará si las reglas le permiten que avance a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Federal District Court** (Tribunal Federal del Distrito) revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Federal District Court.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser apropiada para usted si realizó apelaciones de Nivel 1 y de Nivel 2, y si ambas se rechazaron.

Si el valor del medicamento que ha apelado alcanza un determinado monto en dólares, podría avanzar a los siguientes niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta a su apelación de Nivel 2 que recibirá le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera similar. A continuación, se detalla quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un abogado litigante que trabaje para el **Gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelación finaliza.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura del medicamento** que aprobó el juez administrativo o el abogado litigante **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario** después de que recibimos la decisión.
 - **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *podría* finalizar o no.**
 - Si decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Apelación de Nivel 4 El **Medicare Appeals Council** (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 positiva, el proceso de apelación finaliza.** Debemos **autorizar o brindarle la cobertura del medicamento** aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago dentro de los 30 días calendario** luego de recibir la decisión.
 - **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *podría* finalizar o no.**
 - Si decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o le deniega su solicitud para revisar la apelación, el aviso le informará si las reglas le permiten que avance a una apelación de nivel 5. También le dirá a quién contactar y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Federal District Court** (Tribunal Federal del Distrito) revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Federal District Court.

PRESENTAR RECLAMOS

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otros problemas

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se abordan mediante el proceso de reclamo?

El proceso de reclamo se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. A continuación, se presentan ejemplos de tipos de problemas que entran en el proceso de reclamo.

Reclamo	Ejemplo
Calidad del cuidado médico	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está disconforme con la calidad del cuidado que ha recibido (incluido el cuidado hospitalario)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a privacidad o divulgó información confidencial?
Falta de respeto, atención al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está disconforme con nuestro Equipo de Atención para Miembros? • ¿Siente que lo están alentando a abandonar el plan?

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Reclamo	Ejemplo
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir un turno o debe esperar demasiado para conseguirlo? • ¿Ha tenido que esperar demasiado para que lo atiendan médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O alguien del Equipo de Atención para Miembros o del personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, al surtir una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está disconforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nuestra parte	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le enviamos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de comprender?
Puntualidad (Estos tipos de reclamos están relacionados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones en cuanto a decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>Si ya nos ha solicitado una decisión de cobertura o presentado una apelación y considera que no estamos respondiendo con la rapidez suficiente, puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. A continuación, se presentan ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos solicitó una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, y la rechazamos; puede presentar un reclamo. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a una apelación; puede presentar un reclamo. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle el dinero por determinados artículos o servicios médicos, o medicamentos que se aprobaron; puede presentar un reclamo. • Considera que no hemos cumplido las fechas límite requeridas para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar un reclamo.

**Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****Sección 10.2 Cómo presentar un reclamo****Términos legales**

- Un **reclamo** también se denomina **queja formal**.
- **Presentar un reclamo** también se denomina **presentar una queja formal**.
- **Utilizar el proceso para reclamos** también se denomina **utilizar el proceso para presentar una queja formal**.
- Un **reclamo rápido** también se denomina **queja formal acelerada**.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentar un reclamo**Paso 1: Contáctenos cuanto antes, ya sea por teléfono o por escrito.**

Por lo general, llamar al Equipo de Atención para Miembros es el primer paso. Si hay algo más que deba hacer, nuestro Equipo de Atención para Miembros le informará.

Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar el reclamo por escrito. Si presenta el reclamo por escrito, le responderemos por escrito.

A continuación, se presenta el procedimiento formal para responder quejas:

- Proceso estándar de quejas formales

Si no podemos resolver su problema por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar problemas. Se llama “proceso de queja formal”. Para utilizar este procedimiento de queja formal, llame al 1-866-569-5190 (TTY/TDD: 711) los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y los días festivos comprendidos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede enviarse al buzón de voz. O bien, envíe una solicitud por correo a AmeriHealth Medicare PPO Medicare Member Appeals Unit, PO Box 13652, Philadelphia, PA 19101-3652. Recibirá un aviso de la resolución de su queja formal.

- Proceso de queja formal acelerada (rápida)

Como miembro, puede presentar una queja formal acelerada ante AmeriHealth Medicare PPO por los siguientes motivos:

- nuestra decisión de recurrir a una extensión de la determinación de la organización o una reconsideración de los plazos, o
- nuestro rechazo a otorgarle su solicitud de una determinación o una reconsideración acelerada de la organización, o de una determinación o una redeterminación de la cobertura.

Debemos responder en un plazo de 24 horas desde que recibimos su solicitud de queja formal acelerada. Para presentar una queja formal acelerada, llame al 1-866-569-5190 (TTY/TDD: 711), los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y los días festivos comprendidos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede enviarse al buzón de voz.

Capítulo 9 Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

O bien, envíe una solicitud por correo a AmeriHealth Medicare PPO, Medicare Member Appeals Unit, PO Box 13652, Philadelphia, PA 19101-3652.

También puede enviarnos su reclamo por fax (consulte el Capítulo 2 para obtener más información).

La **fecha límite** para presentar un reclamo es 60 días calendario luego de que tuvo el problema por el que reclama.

Paso 2: Analizamos su reclamo y le damos una respuesta.

Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama por un reclamo, podríamos darle una respuesta en la misma llamada.

La mayoría de los reclamos se responden en un plazo de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es para su beneficio o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su reclamo. Si decidimos tomarnos más días, le informaremos por escrito.

Si presenta un reclamo porque rechazamos su solicitud de una decisión rápida de cobertura o de apelación rápida, le otorgaremos automáticamente un reclamo rápido. Si obtiene un reclamo rápido, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

Si no estamos de acuerdo parcial o totalmente con su reclamo o no nos hacemos responsables del problema por el que reclama, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le enviemos.

Sección 10.4 También puede presentar reclamos sobre la calidad del cuidado a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su reclamo se relaciona con la *calidad del cuidado*, también tiene otras dos opciones:

Puede presentar su reclamo directamente a la Quality Improvement Organization.

La Quality Improvement Organization es un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que el Gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes con Medicare. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

O

Puede presentar su reclamo tanto a la Quality Improvement Organization como a nosotros al mismo tiempo.

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su reclamo

Puede presentar un reclamo sobre AmeriHealth Medicare PPO directamente a Medicare. Para presentar un reclamo a Medicare, diríjase a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Finalizar su membresía en el plan

Capítulo 10 Finalizar su membresía en el plan**SECCIÓN 1 Introducción a cómo finalizar su membresía en nuestro plan**

La finalización de su membresía en AmeriHealth Medicare PPO puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (no es su elección):

- Puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo finalizar su membresía de forma voluntaria.
- Existen también situaciones limitadas en las que nos vemos en la obligación de finalizar la membresía. La Sección 5 explica las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si deja nuestro plan, el plan debe seguir brindando su atención médica y sus medicamentos recetados, y usted seguirá pagando sus costos compartidos hasta que finalice la membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?**Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Periodo anual de inscripción**

Puede finalizar su membresía de nuestro plan durante el **periodo anual de inscripción** (también conocido como **periodo anual de inscripción abierta**). Durante este momento, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Periodo anual de inscripción** va desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija mantener la cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos recetados.
 - Medicare Original *con* un plan de Medicare para medicamentos recetados por separado.
 - Medicare Original *sin* un plan de Medicare para medicamentos recetados por separado.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya descartado la inscripción automática.
 - **Nota:** Si se desafilia de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no cuenta con cobertura válida de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si después se afilia a un plan de Medicare para medicamentos.
- **Su membresía finalizará en nuestro plan** el 1 de enero, cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Periodo de inscripción abierta para Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura médica durante el **Periodo de inscripción abierta para Medicare Advantage**.

- **El Periodo de inscripción abierta para Medicare Advantage anual** va desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.

Capítulo 10 Finalizar su membresía en el plan

- **Durante el Periodo de inscripción abierta para Medicare Advantage anual** puede:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos recetados.
 - Solicitar la desafiliación del plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este periodo, también puede afiliarse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes posterior a su afiliación a otro plan Medicare Advantage o a su solicitud de traspaso a Medicare Original. Si además elige inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos recetados, su membresía comenzará el primer día del mes posterior a la fecha en que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante el Periodo especial de inscripción

En determinadas situaciones, los miembros de AmeriHealth Medicare PPO podrían ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como un **Periodo especial de inscripción**.

Si alguna de las siguientes situaciones aplica para usted, **podría calificar para finalizar su membresía durante un Periodo especial de inscripción**. Estos son solo ejemplos. Para conocer la lista completa, puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Por lo general, cuando se ha mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si califica para obtener “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si incumplimos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo cuidado en una institución, como una residencia para ancianos o un hospital de cuidado a largo plazo.
- Si se inscribe en el Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE, Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos).
 - **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de planes. La Sección 10 del Capítulo 5 le indica más sobre los programas de administración de medicamentos.

Los periodos de inscripción varían según la situación.

Para averiguar si califica para el Periodo especial de inscripción, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si califica para finalizar su membresía por una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos recetados.
- Medicare Original *con* un plan de Medicare para medicamentos recetados por separado.

Capítulo 10 Finalizar su membresía en el plan

- *O bien*, Original Medicare *sin* un plan de Medicare para medicamentos recetados por separado.

Nota: Si se desafilia del plan de medicamentos recetados de Medicare y no cuenta con cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía si después se afilia a un plan de Medicare para medicamentos.

Su membresía, por lo general, finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan de Medicare para medicamentos recetados por separado, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por excluirse de la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información respecto de cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta en relación con cómo finalizar su membresía, puede:

- **Llamar a nuestro Equipo de Atención para Miembros.**
- Encuentre la información en el manual *Medicare y usted 2024*.
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo finalizar su membresía en nuestro plan?

La tabla a continuación explica cómo finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea pasarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción de AmeriHealth Medicare PPO cuando comience la cobertura del nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>con</i> un plan de Medicare para medicamentos recetados por separado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan de Medicare para medicamentos recetados. • Se cancelará automáticamente su inscripción de AmeriHealth Medicare PPO cuando comience la cobertura del nuevo plan.

Capítulo 10 Finalizar su membresía en el plan

Si desea pasarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>sin</i> un plan de Medicare para medicamentos recetados por separado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para desafilarse. Contacte a nuestro Equipo de Atención para Miembros si necesita más información sobre cómo realizar esto. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, para solicitar la desafiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción de AmeriHealth Medicare PPO cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo los artículos y servicios médicos, y los medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo los artículos y servicios médicos, y los medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir cuidados médicos.**
- **Debe continuar utilizando las farmacias de nuestra red o la compra por correo para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su internación hasta que reciba el alta** (incluso si le dan el alta después de la fecha en que comienza su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 AmeriHealth Medicare PPO debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

AmeriHealth Medicare PPO debe finalizar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si se muda fuera de la zona de servicio.
- Si permanece fuera de la zona de servicio durante más de seis meses.

Capítulo 10 Finalizar su membresía en el plan

- Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar a nuestro Equipo de Atención para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está dentro de la zona de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra presente legalmente en los Estados Unidos.
- Si mintió u ocultó información acerca de que posee otro seguro que brinda cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerlo abandonar nuestro plan por esta razón a menos que primero obtengamos autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir cuidados médicos. (No podemos hacerlo abandonar nuestro plan por esta razón a menos que primero obtengamos autorización de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por esta razón, Medicare podría solicitarle al Inspector General que investigue el caso.
- Si se le solicita que pague el monto adicional de la Parte D debido a su ingreso y usted no lo paga, Medicare lo desafiliará del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desearía obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

AmeriHealth Medicare PPO no puede pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con la salud.

¿Qué debería hacer si esto ocurre?

Si considera que le están pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar un reclamo si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle nuestros motivos por escrito. Además, debemos explicarle cómo presentar una queja formal o realizar un reclamo por nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Notificaciones legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre ley vigente

La ley principal que aplica a esta *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Social Security Act y las normas creadas en virtud de esta por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, podrían aplicar otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde vive. Esto podría impactar en sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos por raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, incapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamaciones, historia clínica, información genética, constancia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro de la zona de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación. Las leyes son el Título VI de la Civil Rights Act (Ley de Derechos Civiles) de 1964, la Rehabilitation Act (Ley de Rehabilitación) de 1973, la Age Discrimination Act (Ley de Discriminación por Edad) de 1975, la Americans with Disabilities Act (Ley para Estadounidenses con Discapacidad), el artículo 1557 de la Affordable Care Act (Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio) y todas las otras leyes que apliquen a organizaciones que obtienen fondos federales y demás leyes y normas que apliquen por cualquier motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes con respecto a la discriminación o al trato injusto, llame a la **Office for Civil Rights** (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la oficina local de derechos civiles. También puede revisar la información de la Office for Civil Rights del Department of Health and Human Services en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una incapacidad y necesita ayuda para acceder a un servicio, llame a nuestro Equipo de Atención para Miembros. Si tiene un reclamo, como problemas para acceder a una silla de ruedas, nuestro Equipo de Atención para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de Medicare cubiertos de los que Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del título 42 del CFR, AmeriHealth Medicare PPO, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el secretario conforme a las regulaciones de los CMS en las subsecciones B a D de la parte 411 del título 42 del CFR; las reglas establecidas en esta sección sustituyen a cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre reporte de fraude, derroche y abuso

El fraude, derroche o abuso de la atención médica son infracciones de las leyes estatales o federales. El AmeriHealth Corporate and Financial Investigations Department (Departamento de Investigaciones Corporativas y Financieras de AmeriHealth) ayuda a proteger a los miembros y a los proveedores de prácticas fraudulentas y abusivas. Si tiene conocimiento o sospecha de fraude, derroche o abuso del seguro médico, repórtelo. No es necesario que informe su identidad al hacerlo. Llame a la línea directa y gratuita para reportar fraudes al 1-866-282-2707.

SECCIÓN 5 Información adicional sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de Medicare cubiertos de los que Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del título 42 del CFR, AmeriHealth Medicare PPO, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el secretario conforme a las regulaciones de los CMS en las subsecciones B a D de la parte 411 del título 42 del CFR; las reglas establecidas en esta sección sustituyen a cualquier ley estatal.

AmeriHealth Medicare PPO Rx se subroga en todos sus derechos contra las partes legalmente responsables de pagar sus gastos médicos, por lesiones o por enfermedad. Este derecho incluye, entre otros, sus derechos de cobertura ante conductores no asegurados o con seguro insuficiente, todo seguro sin culpa, cobertura para el pago de servicios médicos (dueños de autos, casas u otros), cobertura de compensación del trabajador, seguro contra terceros, seguro de responsabilidad civil suplementario y cualquier otro tipo de seguro. AmeriHealth Medicare PPO podría reivindicar este derecho independientemente de usted. Sin embargo, AmeriHealth Medicare PPO no se ve obligado de ninguna manera a ejercer este derecho de forma independiente o en su nombre, pero podría optar por ejercer los derechos de reembolso de su parte de acuerdo con el plan, a su exclusivo criterio. El derecho de subrogación/reembolso de AmeriHealth Medicare PPO es la prioridad principal y el monto total de gastos médicos que pagó AmeriHealth Medicare PPO se debe reembolsar en su totalidad antes de que los fondos se repartan por otro tipo de daños, independientemente de si usted recibió compensación total por otros daños.

En caso de accidente o de enfermedad laboral, los derechos de recuperación de AmeriHealth Medicare PPO aplicarán a todas las sumas recuperadas, independientemente de si la enfermedad o el accidente se consideran indemnizables de acuerdo con cualquier compensación por accidente laboral u otra cobertura. Cualquier compensación o solución de avenencia, lo que incluye toda solución de pago único, se deberá considerar que incluye los intereses de AmeriHealth Medicare PPO y AmeriHealth Medicare PPO deberá recibir un reembolso de prioridad alta de cualquiera de estas compensaciones o soluciones.

Usted o cualquier persona que actúe legalmente en su nombre deben:

- cooperar plenamente con AmeriHealth Medicare PPO para proteger los derechos de subrogación/reembolso de AmeriHealth Medicare PPO;
- informar sobre la reclamación de AmeriHealth Medicare PPO a terceros y a sus aseguradores que podrían ser responsables legalmente;
- brindarle información relevante a AmeriHealth Medicare PPO y firmar y entregar esos documentos tal como AmeriHealth Medicare PPO lo solicite de forma razonable para asegurar la reclamación de subrogación/reembolso de AmeriHealth Medicare PPO;
- solicitar el consentimiento de AmeriHealth Medicare PPO antes de eximir a cualquier parte de su responsabilidad por gastos o servicios médicos pagados o prestados; y
- reembolsar en su totalidad a AmeriHealth Medicare PPO o a su representante designado inmediatamente después de recibir la compensación de terceros, sin tener en cuenta cómo se describe o se designa esa compensación.

Si presenta una demanda o comienza las negociaciones de conciliación por las obligaciones de terceros, no debe perjudicar, de ninguna manera, los derechos de subrogación/reembolso de

Capítulo 11 Notificaciones legales

AmeriHealth Medicare PPO. En otras palabras, no debe hacer nada que ponga en riesgo los derechos de recuperación de AmeriHealth Medicare PPO.

SECCIÓN 6 Aviso de prácticas de privacidad

AmeriHealth se compromete a proteger la privacidad de la información de salud personal de los miembros. Parte de ese compromiso es cumplir con la Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos) de 1996, que requiere que tomemos medidas adicionales para proteger la información personal y para informar a nuestros miembros sobre esas medidas. En el Aviso de prácticas de privacidad se describe cómo AmeriHealth puede utilizar y divulgar la información de salud personal de un miembro, y cómo un miembro de un plan de salud de AmeriHealth puede obtener acceso a esta información. Para obtener información detallada sobre nuestras prácticas, los formularios de privacidad disponibles y los requisitos de la HIPAA, visite www.amerihealthmedicare.com/privacy. También puede solicitar una copia del Aviso sobre prácticas de privacidad si se comunica con nuestro Equipo de Atención para Miembros al número que figura en la contratapa de este documento.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de términos importantes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Cantidad autorizada: la cantidad autorizada es el monto máximo que pagará un plan por un servicio de cuidado médico cubierto. Si su proveedor le cobra más que la cantidad autorizada del plan, es posible que usted deba pagar la diferencia.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es un establecimiento que opera exclusivamente con el fin de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios para pacientes que no necesitan hospitalización y cuya estadía en el centro se espera que no exceda las 24 horas.

Periodo anual de inscripción: el plazo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Apelación: usted presenta una apelación si está en desacuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios para el cuidado de la salud o medicamentos recetados o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de poner fin a los servicios que está recibiendo.

Medicamento genérico autorizado: un medicamento genérico autorizado es un medicamento recetado, aprobado según la New Drug Application (NDA, Solicitud de medicamentos nuevos) de la FDA, que un distribuidor autorizado de medicamentos genéricos comercializa y distribuye o para el que una entidad con una etiqueta de producto genérico gestiona las ventas y los suministros.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente un monto mayor que el de los costos compartidos permitido por el plan. Como miembro de AmeriHealth Medicare PPO, solo debe pagar los montos de costos compartidos cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. No les permitimos a los proveedores que **facturen un saldo** ni que le cobren un monto mayor que el monto de costos compartidos que su plan establece que debe pagar.

Periodo de beneficios: es la manera en que nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios de hospitales y skilled nursing facility (SNF, centros de enfermería especializada). Nuestro plan utiliza los periodos de beneficios para las estadías en centros de enfermería especializada, aunque no utilizamos los periodos de beneficios para medir las internaciones. El periodo de beneficios comienza el día en que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando no ha recibido ningún tipo de cuidado hospitalario para paciente internado (o cuidado especializado en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada después de que haya terminado un periodo de beneficios, se iniciará un nuevo periodo de beneficios. No hay límite en el número de periodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento recetado que está hecho de organismos vivos y fuentes naturales, como células animales, células vegetales, bacterias u hongos. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden replicar con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan medicamentos biológicos similares. Los medicamentos biológicos similares funcionan igual de bien y son seguros como los productos biológicos originales.

Medicamento biológico similar: un medicamento recetado que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los medicamentos biológicos similares funcionan igual de bien y son seguros como los productos biológicos originales; sin embargo, los medicamentos biológicos similares generalmente requieren una receta nueva para sustituir al producto biológico original. Los medicamentos biológicos similares e intercambiables

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

cumplieron los requisitos adicionales que les permiten sustituir a los productos biológicos originales en la farmacia sin una receta nueva, sujeto a leyes estatales.

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y vendido por una empresa farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica de tal medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes y, generalmente, no están disponibles hasta que expira la patente del medicamento de marca.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras personas calificadas en su nombre) gastó \$8,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. En este periodo de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No paga nada.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid): la agencia federal que administra Medicare.

Coseguro: un monto que es posible que deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, el 20%), como su parte del costo por los servicios y los medicamentos recetados después de que pague cualquier deducible.

Examen colorrectal: una serie de exámenes de detección del cáncer para ayudar a encontrar crecimientos precancerosos o detectar el cáncer en etapa temprana, cuando el tratamiento es más efectivo.

Gasto de bolsillo máximo combinado: es la cantidad máxima que usted pagará en un año por todos los servicios de la Parte A y la Parte B obtenidos tanto de proveedores dentro de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos). Además del gasto de su bolsillo máximo para los servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B, también tenemos un gasto de bolsillo máximo para ciertos tipos de servicios. Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información relacionada con el gasto de su bolsillo máximo combinado.

Reclamo: el nombre formal para presentar un reclamo es **presentar una queja formal**. El proceso de reclamo se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. También incluye los reclamos en caso de que su plan no cumpla con los periodos de tiempo en el proceso de apelación.

Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF, Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios): un centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación luego de una enfermedad o lesión, incluida la fisioterapia, los servicios psicológicos y sociales, la terapia respiratoria, la terapia ocupacional y los servicios de patología del habla-lenguaje y los servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de un servicio o un suministro médico, como una visita al médico, una visita hospitalaria como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es un importe fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costos compartidos: los costos compartidos son los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan imponga antes de que se cubran los servicios o los

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan requiere cuando se presta un servicio o un medicamento específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o un medicamento, que un plan requiere cuando se presta un servicio o un medicamento específico.

Nivel de costos compartidos: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los cinco niveles de costos compartidos. Por lo general, mientras más alto el nivel de costos compartidos, más alto el costo del medicamento para usted.

Determinación de la cobertura: una decisión respecto de si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y del importe que debe pagar por el medicamento recetado, si corresponde. En general, si lleva su receta a una farmacia y allí le informan que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, no se trata de una determinación de la cobertura. Necesita llamar o escribirle al plan para solicitar una decisión formal de cobertura. Las determinaciones de la cobertura se denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos en esta EOC para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por el plan.

Cobertura válida para medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura convencional de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen esta clase de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare pueden, por lo general, mantener esa cobertura sin tener que pagar una multa si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Cuidado de compañía: es una atención personal que se brinda en una residencia para ancianos, en un centro de cuidados paliativos o en otro entorno cuando no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado de compañía, brindado por personas que no poseen habilidades o entrenamiento especializados, incluye ayuda en actividades de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, comer, acostarse en o levantarse de la cama, sentarse en o levantarse de la silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidado de la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como aplicarse gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de compañía.

Tasa diaria de costo compartido: podría aplicar una tasa diaria de costo compartido cuando el médico le receta menos del suministro total del mes de determinados medicamentos y usted debe realizar un copago. Una tasa diaria de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días del suministro mensual. A continuación, se incluye un ejemplo: Si su copago para un mes de suministro de un medicamento es de \$30 y un mes de suministro en su plan es de 30 días, su tasa diaria de costo compartido es de \$1 por día.

Deducible: el monto que debe pagar por la atención médica o las recetas antes de que nuestro plan pague.

Colonoscopia de diagnóstico: si un examen colorrectal implica una biopsia o la eliminación de una lesión o crecimiento durante la misma visita, según Medicare, el procedimiento se considera de diagnóstico. No se cobrará copago por las pruebas diagnósticas.

Desafiliación o desafiliar: el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Tarifa por receta: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que se toma el farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Durable Medical Equipment (DME, Equipo médico duradero): ciertos equipos médicos solicitados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital pedidas por un proveedor para ser utilizadas en su domicilio.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimiento promedio de salud y medicina creen que tiene síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad, la pérdida del funcionamiento de una extremidad o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Cuidados de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) provistos por un proveedor habilitado para suministrar servicios de emergencia, y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidence of Coverage (EOC, Evidencia de Cobertura) e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y demás documentos adjuntos, enmiendas u otra cobertura opcional seleccionada, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro del plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite conseguir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o conseguir un medicamento no preferido a un nivel de costos compartidos menor (una excepción a los niveles). También puede solicitar una excepción si el plan le solicita probar otro medicamento antes de recibir el que está pidiendo, o si el plan limita la cantidad o las dosis de dicho medicamento (una excepción al formulario).

Ayuda Adicional: un programa estatal o de Medicare para ayudar a la gente con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado autorizado por la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) porque tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. En general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y, normalmente, cuesta menos.

Queja formal: un tipo de reclamo que presenta en relación con el plan, los proveedores o las farmacias, lo que incluye un reclamo relacionado con la calidad del cuidado. Esto no implica disputas de cobertura o pago.

Asistente de salud en el hogar: una persona que presta servicios para los que no se requieren las habilidades de enfermeros o terapeutas autorizados, como la asistencia en el cuidado personal (por ejemplo, para bañarse, usar el baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios recetados).

Entorno de atención médica en el hogar: es un lugar en el que reside principalmente y recibe determinados servicios de atención médica. La atención médica en el hogar puede incluir la atención que brindan los profesionales médicos especializados, lo que incluye atención de enfermería especializada, fisioterapia y terapia ocupacional y del habla. De acuerdo con lo que

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

se define en este documento, el cuidado de compañía también puede brindarse en un entorno de atención médica en el hogar. Medicare no cubre el cuidado de compañía que se brinda en un entorno de atención médica en el hogar.

Confinado en su hogar: estar confinado en su hogar significa que no se recomienda que deje su domicilio debido a su afección, que su afección le impide dejar su domicilio sin ayuda (como usar sillas de ruedas o caminadores, necesitar transporte especial o recibir ayuda de otra persona) o que dejar el domicilio requiere un esfuerzo considerable y agotador. La persona puede dejar el domicilio debido a un tratamiento médico o tener ausencias breves, poco frecuentes por razones no médicas, como asistir a servicios religiosos. Puede obtener atención médica en el hogar aunque asista a un centro de día para adultos, pero recibirá los servicios de cuidados de salud en el hogar en su domicilio.

Hospicio: un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de seis meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proveerle una lista de centros de hospicio dentro de su área geográfica. Si elige un centro de hospicio y continúa pagando primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios necesarios por razones médicas, así como los beneficios adicionales que ofrecemos.

Internación: una estadía en el hospital cuando se lo internó formalmente para recibir la prestación de servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital por una noche, aun así se lo podría considerar como un paciente ambulatorio.

Income Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA, Ajuste mensual por ingreso): si su ingreso bruto ajustado modificado tal y como figura en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años está por encima de cierta cantidad, pagará el monto de la prima convencional y un ajuste mensual por ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo extra que se suma a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría no abonará una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidos los montos que pagó y que su plan pagó en su nombre durante el año, alcancen los \$5,030.

Periodo de inscripción inicial: el periodo durante el que puede registrarse en Medicare Parte A y Parte B al reunir los requisitos para inscribirse en Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye dicho mes y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Gasto de bolsillo máximo dentro de la red: esto es lo máximo que pagará por los servicios cubiertos de Medicare Parte A y Parte B recibidos de proveedores de la red (preferidos). Una vez que haya alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de los proveedores de la red por el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance su gasto de bolsillo combinado, deberá continuar pagando su parte del costo cuando requiera cuidados de un proveedor fuera de la red (no preferido). Además del gasto de su bolsillo máximo para los servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B, contamos con un importe de gasto de su bolsillo máximo para determinados tipos de servicios.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Low Income Subsidy (LIS, Subsidio por bajos ingresos): consulte “Ayuda Adicional”.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Medicaid (o Medical Assistance [Asistencia Médica]): un programa federal y estatal conjunto que brinda asistencia para gastos médicos a algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de la atención médica quedan cubiertos si usted califica para recibir Medicare y Medicaid.

Indicación médica autorizada: un uso de un medicamento aprobado por la Food and Drug Administration o respaldado por ciertos libros de referencia.

Necesario por razones médicas: significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas más jóvenes con ciertas incapacidades y personas con enfermedad renal en etapa final (generalmente las personas con insuficiencia renal crónica que requieren diálisis o trasplante de riñón).

Periodo de inscripción abierta para Medicare Advantage: un periodo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo durante el cual los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este periodo, también puede afiliarse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Periodo de inscripción abierta para Medicare Advantage también está disponible durante un periodo de tres meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces se lo denomina Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Los planes Medicare Advantage pueden ser un plan de i) HMO, ii) PPO, iii) Private Fee-for-Service (PFFS, pago por servicio privado) o iv) Medical Savings Account (MSA, cuenta de ahorro para la salud) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Special Needs Plan (SNP, Plan de necesidades especiales). La mayoría de los planes Medicare Advantage también brindan Medicare Part D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Programa de Descuentos por la Interrupción de la Cobertura de Medicare: un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de Medicare Part D que alcanzaron la etapa de interrupción de la cobertura y no están recibiendo Ayuda Adicional. Los descuentos se basan en acuerdos entre el Gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. El término Servicios cubiertos de Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los servicios de la vista, dentales o de audición que un plan de Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de salud de Medicare: un plan ofrecido por una empresa privada que hace contratos con Medicare para brindarles los beneficios de Medicare Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. El término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes de Necesidades Especiales, los Programas de Demostración/Piloto y los Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE, Programas de Cuidado Todo Incluido para Ancianos).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Cargo límite de Medicare: el pago máximo aprobado por Medicare que un proveedor no participante fuera de la red le puede cobrar a un beneficiario de Medicare. El cargo límite de Medicare es de un máximo del 115% del monto autorizado del plan de tarifas de Medicare para proveedores no participantes. Como consecuencia, es posible que deba pagar el monto de coseguro fuera de la red y la diferencia entre el monto autorizado por Medicare y el cargo límite. Si recibe servicios de un proveedor no participante fuera de la red, el proveedor puede facturar una tarifa que se conoce como cargo límite.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Part D): un seguro para asistir en el pago de medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Póliza de Medigap (seguro complementario de Medicare): un seguro complementario de Medicare ofrecido por compañías aseguradoras privadas para evitar las interrupciones en Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que califica para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los CMS.

Equipo de Atención para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan que es responsable de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia de la red que contrata con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se surten en una de las farmacias de la red.

Proveedor de la red: proveedor es el término general que utilizamos para los médicos, otros profesionales de atención médica, los hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar los servicios cubiertos a los miembros del plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor no participante: un proveedor que no tiene contrato con Medicare y no acepta asignaciones de Medicare.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): el Gobierno ofrece Original Medicare, no un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, a hospitales y a otros proveedores de atención médica de cantidades de pago que establece el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del importe aprobado y usted paga la otra parte. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro de hospitalización) y la Parte B (seguro médico) y está disponible en todo el país.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no celebró un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por el plan a menos que apliquen determinadas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos para miembros del plan. Los proveedores fuera de la red son aquellos que no están empleados, operados por el plan o no son propietarios.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de costos compartidos arriba. La obligación de un miembro de pagar su parte de los costos compartidos por los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Plan PACE: un plan de un Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE, Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos) combina servicios médicos y sociales, y Long-Term Services and Supports (LTSS, servicios y apoyos a largo plazo) para las personas frágiles con el objetivo de ayudarlas a que se mantengan independientes y continúen viviendo en sus comunidades (en lugar de una residencia para ancianos) durante el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en planes PACE reciben, a través de estos, los beneficios de Medicare y Medicaid.

Cuidado paliativo: el cuidado paliativo es el cuidado para adultos con enfermedades graves que se centra en el alivio del sufrimiento y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus familias, pero que no pretende curar la enfermedad.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el programa de beneficios de medicamentos recetados voluntario de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: los medicamentos que tienen cobertura conforme a la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos se han excluido como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía a la Parte D: una cantidad que se agrega a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados convencional de Medicare) durante un periodo continuo de 63 días o más después de que es elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D.

Por año: el término “por año” como se utiliza en este documento se refiere al periodo en el que tiene cobertura de atención médica y puede recibir servicios cubiertos por su plan. Este periodo va desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024. También se conoce como “año del plan”, “año del contrato”, “año del beneficio” o “año de cobertura”.

Costo compartido preferido: el costo compartido preferido significa un monto menor de costos compartidos para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Plan de Preferred Provider Organization (PPO, Organización de Proveedores Preferidos): un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que acordaron tratar a miembros del plan por un importe específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que los brinde un proveedor dentro o fuera de la red. En general, los costos compartidos del miembro serán más altos cuando los beneficios del plan sean brindados por proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de gastos de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

más alto de gastos de su bolsillo totales combinados por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para obtener cobertura de salud o medicamentos recetados.

Administrador de beneficios de medicamentos recetados: una entidad que administra los medicamentos recetados en nombre del plan.

Primary Care Provider (PCP, proveedor de atención primaria): el médico u otro proveedor a quien ve primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos de los planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a otros proveedores de atención médica.

Autorización previa: aprobación previa para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están señalados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están señalados en el formulario.

Dispositivos de prótesis y ortopédicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros: brazo, corsé ortopédico, protector de cuello, prótesis para extremidades, ojos artificiales y dispositivos requeridos para reemplazar partes o funciones internas del cuerpo, incluso materiales para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Quality Improvement Organization (QIO, Organización para el Mejoramiento de la Calidad): está compuesta por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes les paga el Gobierno federal para que controlen y mejoren el cuidado que se les brinda a los pacientes con Medicare.

Límites de cantidad: una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden ponerse en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o por un periodo definido.

Real-Time Benefit Tool: un portal o una aplicación informática, en la que los inscritos pueden buscar información completa, correcta, oportuna, apropiada por razones médicas y específica para los inscritos de los beneficios y del formulario. Además, incluye los montos de costos compartidos, los medicamentos alternativos del formulario que se pueden administrar para la misma afección médica y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada y límites de cantidad) que aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y el lenguaje y terapia ocupacional.

Cuidado de relevo: cuidados institucionales temporarios de una persona dependiente anciana, enferma o incapacitada, que proporciona alivio a sus cuidadores habituales.

Clínica en establecimiento minorista: un tipo de clínica ambulatoria ubicada en un supermercado, farmacia o tienda minorista en donde los miembros pueden recibir cuidados o tratamientos preventivos por enfermedades leves sin complicaciones en un entorno para casos que no son emergencias.

Zona de servicio: una zona geográfica donde debe vivir para unirse a un plan de salud específico. En el caso de los planes que limitan qué médicos y hospitales usted puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (de no emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera de la zona de servicio del plan.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Cuidados en Skilled Nursing Facility (SNF, Centros de Enfermería Especializada): cuidados de enfermería especializada y servicios de rehabilitación brindados de manera continua y a diario, en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero registrado o un médico.

Periodo especial de inscripción: un plazo establecido durante el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o medicamentos o volver a Medicare Original. Las situaciones en las que puede calificar para el Periodo especial de inscripción incluyen que se mude fuera de la zona de servicio, que reciba “Ayuda Adicional” en los gastos de medicamentos recetados, que se mude a una residencia para ancianos o que viole el contrato que celebramos con usted.

Costo compartido convencional: el costo compartido convencional es un costo compartido no preferido que se ofrece en una farmacia dentro de la red.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que requiere que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico recetó inicialmente.

Supplemental Security Income (SSI, Seguridad de Ingreso Suplementario): un beneficio mensual que el Social Security paga a personas de ingresos y recursos limitados que estén incapacitadas, sean ciegas o tengan 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Social Security.

Servicios que se necesitan de manera urgente: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y por alguna razón médica.

URL del sitio web: la dirección de un recurso (como un documento o un sitio web) en Internet. URL significa “localizador uniforme de recursos” o “localizador universal de recursos”.

Cobertura de Medicare de AmeriHealth emitida por AmeriHealth Insurance Company of New Jersey.

Los beneficios dentales están suscritos por AmeriHealth Insurance Company of New Jersey y son administrados por Dominion Dental, Inc., una compañía independiente.

Los beneficios de la vista están suscritos por AmeriHealth Insurance Company of New Jersey y son administrados por Davis Vision, una compañía independiente.

El beneficio de acondicionamiento físico One Pass es un programa proporcionado por Rally Health, Inc., una compañía independiente. ©2023 Rally Health, Inc. Rally y los logotipos de Rally y One Pass son marcas comerciales de Rally Health, Inc. o sus afiliados.

OptumRx es una empresa de Optum®, una empresa independiente que provee servicios de farmacia con entrega a domicilio, especializados y de infusión.

Teladoc Health, una empresa independiente, ofrece el servicio de telemedicina.

TruHearing® es una marca comercial registrada de TruHearing, Inc., una compañía independiente.

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 1-800-275-2583. 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 1-800-275-2583. 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 1-800-275-2583。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 1-800-275-2583。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 panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-275-2583. 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 1-800-275-2583. 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 1-800-275-2583 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 1-800-275-2583. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-275-2583 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 1-800-275-2583. 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 1-800-275-2583. 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 1-800-275-2583 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 1-800-275-2583. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: 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 1-800-275-2583. 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 1-800-275-2583. 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 1-800-275-2583. 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、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、1-800-275-2583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。

Y0041_HM_23_113248_C

Multi-language Interpreter Services

Gujarati: અમારી આરોગ્ય અથવા દવા યોજના વિશે તમને હોય શકે તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે નિ:શુલ્ક દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત 1-800-275-2583 પર કોલ કરો. ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક નિ:શુલ્ક સેવા છે.

Urdu: آپ کی صحت یا دوا کے متعلق کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمانی کی خدمات دستیاب ہیں۔ مترجم کی سہولت کے لیے، 1-800-275-2583 پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ مفت سروس ہے۔

Khmer: យើងមានផ្តល់សេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ភាសាខ្មែរ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកប្រហែលជាមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែហៅទូរសព្ទមកយើងតាមលេខ 1-800-275-2583 ។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេសអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មភាសាខ្មែរ។

Telugu: మా ఆరోగ్యం లేదా ఔషధ ప్రణాళిక గురించి మీకు ఏవైనా ప్రశ్నలకు సమాధానం ఇవ్వడానికి మాకు ఉచిత ఇంటర్ప్రెటర్ సర్వీసులు అందుబాటులో ఉన్నాయి. అనువాదకుడిని పొందడానికి, 1-800-275-2583 ద్వారా మాకు కాల్ చేయండి. తెలుగు మాట్లాడగలిగే ఎవరైనా మీకు సహాయం చేయగలరు. ఇది ఉచిత సర్వీస్.

Discrimination is Against the Law

This Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. This Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

This Plan provides:

- Free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters, and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Free language services to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact our Civil Rights Coordinator. If you believe that This Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator.

You can file a grievance in the following ways:

- In person or by mail: ATTN: Civil Rights Coordinator, 1901 Market Street, Philadelphia, PA 19103
- By phone: 1-888-377-3933 (TTY: 711)
- By fax: 215-761-0245
- By email: civilrightscordinator@1901market.com

If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Equipo de Atención para Miembros de AmeriHealth Medicare PPO

Método	Equipo de Atención para Miembros: información de contacto
TELÉFONO	1-866-569-5190 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede enviarse al correo de voz. Nuestro Equipo de Atención para Miembros también tiene servicios de interpretación de idiomas gratis disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Los mismos horarios que el número de teléfono anterior.
FAX	215-761-0300
CORREO POSTAL	AmeriHealth Medicare PPO 1901 Market Street Philadelphia, PA 19103
SITIO WEB	www.amerihealthmedicare.com

NJ SHIP (SHIP de New Jersey)

NJ SHIP es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas con Medicare.

Método	Datos de contacto
TELÉFONO	1-800-792-8820
CORREO POSTAL	NJ SHIP Division of Aging Services PO Box 715 Trenton, NJ 08625-0715
SITIO WEB	www.state.nj.us/humanservices/doas/home/

Declaración de divulgación de PRA: conforme a la Paperwork Reduction Act (Ley de Simplificación de Trámites Administrativos) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que se muestre un número válido de control de OMB. El número válido de control de OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.