Evidencia de Cobertura 2026

UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP)

myUHC.com/CommunityPlan

Número gratuito **1-866-842-4968,** TTY **711**
8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

United Healthcare®

Y0066_EOC_H2509_003_000_2026_SP_C

1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura para el año 2026

Sus Beneficios y Servicios de Salud y su Cobertura de Medicamentos de Medicare como Miembro de nuestro plan

Este documento contiene la información detallada de su cobertura de salud y de medicamentos de Medicare y Medicaid del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.
Este documento explica sus beneficios y derechos. Use este documento para saber:

- Su prima del plan y costo compartido
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este plan, UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP), está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas. (Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en esta **Evidencia de Cobertura**, se refieren a UnitedHealthcare. Las expresiones “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP).)

UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

Customer Service number at 1-866-842-4968 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 8 a.m.-8 p.m.: 7 Days Oct-Mar; M-F Apr-Sept.

Los beneficios, el deducible, los copagos o los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Le notificaremos sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

2026 Evidencia de Cobertura
Índice

Capítulo 1: Información básica para el miembro.....5
Sección 1 Usted es miembro de UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP)..5
Sección 2 Requisitos de participación en el plan.....6
Sección 3 Materiales importantes de membresía.....8
Sección 4 Resumen de costos importantes..... 10
Sección 5 Más información sobre la prima mensual de su plan.....15
Sección 6 Mantenga actualizado su registro de membresía de nuestro plan..... 17
Sección 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan..... 17

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos..... 19
Sección 1 Contactos de UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP)..... 19
Sección 2 Cómo obtener ayuda de Medicare..... 24
Sección 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP).....25
Sección 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)..... 26
Sección 5 Seguro Social.....27
Sección 6 Medicaid.....28
Sección 7 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta.....31
Sección 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB)..... 32
Sección 9 Si tiene un seguro de grupo u otro seguro de salud de un empleador 33

Capítulo 3: Cómo usar nuestro plan para.....34
Sección 1 Cómo obtener cuidado médico como miembro de nuestro plan.....34
Sección 2 Use proveedores de la red y fuera de la red para recibir cuidado médico.....36
Sección 3 Cómo recibir servicios en situaciones de emergencia, catástrofe o cuando necesita cuidado de urgencia..... 39
Sección 4 ¿Qué debe hacer si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?.....41
Sección 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica.....42

Sección 6 Reglas para recibir cuidado en una “institución religiosa no médica para servicios de salud”.....43
Sección 7 Reglas sobre la propiedad del equipo médico duradero..... 44

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)..... 47
Sección 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos.....47
Sección 2 La tabla de beneficios médicos indica sus beneficios médicos y costos 49
Sección 3 Servicios cubiertos fuera de UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP).....124
Sección 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones).....124

Capítulo 5: Cómo usar la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D..133
Sección 1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan..... 133
Sección 2 Cómo surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan..... 134
Sección 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan 137
Sección 4 Medicamentos con restricciones de cobertura..... 139
Sección 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que usted desea..... 142
Sección 6 Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año..... 144
Sección 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos.....147
Sección 8 Cómo surtir una receta.....148
Sección 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 148
Sección 10 Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos..... 150
Sección 11 Su Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D indica en qué etapa de pago se encuentra..... 152

Capítulo 6: Lo que usted paga por medicamentos de la Parte D..... 154

Capítulo 7: Cómo solicitar el pago de nuestra parte del costo de los servicios médicos o los medicamentos cubiertos.....156

Sección 1 Situaciones en las que usted debe pedirnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos....156
Sección 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió 160
Sección 3 Revisaremos su solicitud de pago y podemos aceptarla o denegarla 161

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades.... 162
Sección 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales 162
Sección 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.... 174

Capítulo 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)....176
Sección 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una duda.... 176
Sección 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada....176
Sección 3 Explicación de quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid.... 177
Sección 4 Qué proceso usar para tratar su problema.... 177
Sección 5 Guía para decisiones de cobertura y apelaciones.... 178
Sección 6 Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.... 181
Sección 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.... 191
Sección 8 Cómo solicitar cobertura para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si piensa que se le da de alta demasiado pronto.... 201
Sección 9 Cómo solicitar que se sigan cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura termina demasiado pronto.... 206
Sección 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5.... 210
Sección 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas.... 213

Capítulo 10: Cómo terminar la membresía en nuestro plan....217
Sección 1 Cómo terminar su membresía en nuestro plan.... 217
Sección 2 ¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan?....217
Sección 3 Cómo terminar su membresía en nuestro plan.... 220

Sección 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan..... 221
Sección 5 Debemos terminar la membresía en nuestro plan en ciertas situaciones..... 222

Capítulo 11: Avisos legales.....224
Sección 1 Aviso sobre las leyes vigentes.....224
Sección 2 Aviso sobre anti-discriminación.....224
Sección 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare.....224
Sección 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación.....225
Sección 5 Responsabilidad del Miembro..... 225
Sección 6 Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios.....226
Sección 7 No debe haber duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil..... 226
Sección 8 Hechos que escapan a nuestro control.....227
Sección 9 Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes..... 227
Sección 10 Evaluación de tecnologías.....227
Sección 11 Declaraciones del Miembro.....227
Sección 12 Información disponible a solicitud..... 228
Sección 13 Comunicación de parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el Año 2026.....228
Sección 14 Compromiso de las Decisiones de Cobertura..... 229
Sección 15 Términos y Condiciones del programa de Acondicionamiento Físico 229

Capítulo 12: Definiciones..... 235

Capítulo 1:
Información básica para el miembro

Sección 1 Usted es miembro de UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP)

Sección 1.1 Usted está inscrito en UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP), un Plan para Personas con Necesidades Especiales de Medicare

Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid:

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

Usted eligió obtener su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en nuestro plan son diferentes a los de Medicare Original.

UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) es un Plan Medicare Advantage especializado (un Plan para Personas con Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades de cuidado de la salud especiales. UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y que tienen derecho a recibir la ayuda de Medicaid.

Dado que usted recibe ayuda de Medicaid con sus costos compartidos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que usted no pague nada por los servicios de Medicare. Es posible que Medicaid también le ofrezca otros beneficios al cubrir servicios para el cuidado de la salud y medicamentos con receta que, por lo general, Medicare no cubre. Además, recibirá el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios, para que usted reciba los servicios de salud y la ayuda con los pagos a los que tiene derecho.

UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) es un Plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud [Health Maintenance Organization]), con una opción de Punto de Servicio (Point-of-Service, POS), que tiene la aprobación de Medicare y es administrado por una compañía privada. La opción “Punto de Servicio” significa que usted puede utilizar proveedores fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte la Sección 2.3 del

Capítulo 3 para obtener información sobre cómo usar la opción de Punto de Servicio.) Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este Plan para Personas con Necesidades Especiales de Medicare tiene la aprobación de Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Florida Medicaid para coordinar los beneficios que recibe de Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de Medicare y Medicaid, que incluye su cobertura de medicamentos.

Sección 1.2 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

Esta **Evidencia de Cobertura** forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) cubre su cuidado. Otras partes de este contrato incluyen su solicitud de inscripción, la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** y todos los avisos que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o en las condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces reciben el nombre de “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

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

Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios del plan después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir cancelar el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) deben aprobar nuestro plan cada año. Puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo nuestro plan y Medicare y Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) renueven la aprobación de nuestro plan.

Sección 2 Requisitos de participación en el plan

Sección 2.1 Requisitos de participación

Usted cumple los requisitos de membresía de nuestro plan, siempre y cuando usted cumpla con todas estas condiciones:

- Usted tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare
- Usted viva en nuestra área geográfica de servicio (según se describe en la Sección 2.3). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en el lugar.
- Usted sea un ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos
- Usted cumpla los requisitos de participación especiales que se describen a continuación.

Requisitos de participación especiales de nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados.) Para

cumplir los requisitos de nuestro plan, usted debe cumplir los requisitos para recibir los beneficios de Medicare y los Beneficios Completos de Medicaid.

Nota: Si deja de cumplir los requisitos pero se puede esperar razonablemente que vuelva a cumplirlos en un plazo no mayor de 6 meses, seguirá cumpliendo los requisitos de membresía. (La Sección 2.1 del Capítulo 4 explica la cobertura durante un período en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de participación).

Sección 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide cuáles son las fuentes de ingresos y recursos que califican, quién cumple los requisitos, qué servicios tienen cobertura y cuánto cuestan los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar sus programas siempre y cuando se sigan las pautas federales.

Además, Medicaid ofrece programas que ayudan a los beneficiarios de Medicare a pagar sus costos de Medicare, por ejemplo las primas de Medicare. Estos Programas de Ahorros de Medicare ayudan a que las personas con ingresos y recursos limitados ahorren dinero cada año.

Usted puede inscribirse en este plan si en una de las siguientes categorías de Medicaid:

- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare y también cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas de la Parte A y la Parte B, deducibles, coseguros y copagos de Medicare, por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** Medicaid paga la prima de la Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la agencia de Medicaid de su estado para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

- **Individuos con Elegibilidad Doble y Beneficios Completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Es posible que Medicaid proporcione ayuda limitada con los costos compartidos de Medicare. Medicaid también proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la Oficina de Medicaid del Estado para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

Sección 2.3 Área de servicio del plan UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP)

Nuestro plan está disponible solamente para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio de nuestro plan. A continuación se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Florida: Alachua, Baker, Bay, Bradford, Brevard, Calhoun, Charlotte, Citrus, Clay, Collier, Columbia, DeSoto, Dixie, Duval, Escambia, Flagler, Franklin, Gadsden, Gilchrist, Glades, Gulf, Hamilton, Hardee, Hendry, Hernando, Highlands, Hillsborough, Holmes, Indian River, Jackson, Jefferson, Lafayette, Lake, Lee, Leon, Levy, Liberty, Madison, Manatee, Marion, Martin, Nassau, Okaloosa, Okeechobee, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, Polk, Putnam, Santa Rosa, Sarasota, Seminole, St. Johns, St. Lucie, Sumter, Suwannee, Taylor, Union, Volusia, Wakulla, Walton, Washington.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si tenemos un plan en su nueva área.

Cuando se mude, tendrá un Período de Inscripción Especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva localidad.

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

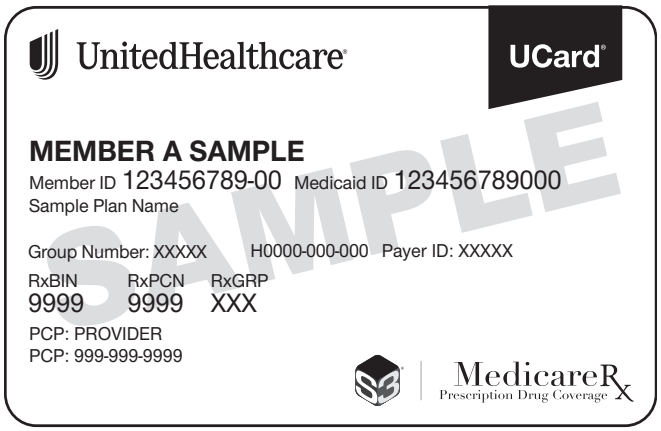
Sección 2.4 Ciudadanía Estadounidense o Residencia Legal

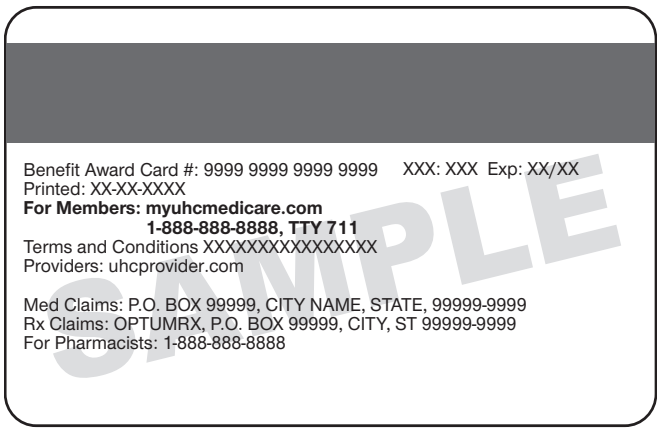
Usted debe ser un ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará a UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) si usted no cumple los requisitos para seguir siendo miembro de nuestro plan por esta razón. UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) debe cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

Sección 3 Materiales importantes de membresía

Sección 3.1 Su UCard de UnitedHealthcare

Use su UCard® de UnitedHealthcare cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y medicamentos con receta que obtenga en farmacias de la red. Esto ayudará a que su proveedor facture correctamente. Ejemplo de la UCard® de UnitedHealthcare:





NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su UCard de UnitedHealthcare, es posible que usted tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados para enfermos terminales, o si participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare (también llamado ensayo clínico) es posible que le pidan que muestre su tarjeta de Medicare.

Si su UCard de UnitedHealthcare se le daña, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

El **Directorio de Proveedores**, disponible en myUHC.com/CommunityPlan, indica los proveedores de servicios y los distribuidores de equipo médico duradero actuales de nuestra red. **Los proveedores de la red** son médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, distribuidores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que han acordado con nosotros aceptar lo que pagamos, además del costo compartido que corresponda según el plan, como pago total.

Usted debe usar los proveedores de la red para recibir cuidado y servicios médicos, excepto si se trata de servicios dentales de rutina cubiertos. Si visita algún otro sitio sin la debida autorización, usted tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios requeridos de urgencia cuando la red no está disponible (lo que significa, en situaciones cuando no es razonable o no es posible obtener los servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área de servicio y casos en los que UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Los miembros de este plan pueden usar sus beneficios de Punto de Servicio (Point of Service, POS) para consultar a proveedores fuera de la red solamente para recibir servicios dentales de rutina cubiertos. Para obtener información más específica sobre el Punto de Servicio, consulte el Capítulo 3.

Obtenga la lista más actualizada de proveedores y distribuidores en nuestro sitio web en myUHC.com/CommunityPlan.

Si usted no tiene un **Directorio de Proveedores**, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los Directorios de Proveedores que solicitó se le enviarán por correo en un plazo no mayor de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

El Directorio de Farmacias en myUHC.com/CommunityPlan indica las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son las farmacias que aceptan surtir los medicamentos con receta cubiertos de los miembros de nuestro plan. Use el Directorio de Farmacias para buscar la farmacia de la red que desee usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar las farmacias que no están dentro de la red del plan.

Si no tiene un **Directorio de Farmacias**, puede solicitar una copia a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en myUHC.com/CommunityPlan.

Sección 3.4 Lista de Medicamentos (Formulario)

Nuestro plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos** (también se le llama Lista de Medicamentos o Formulario). Indica los medicamentos con receta que están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP). Nuestro plan ha seleccionado los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos de Medicare. La Lista de Medicamentos debe cumplir los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados por el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare estarán incluidos en su Lista de Medicamentos a menos que hayan sido quitados o reemplazados, según se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de Medicamentos de UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP).

Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos con receta están cubiertos mediante sus beneficios de Medicaid.

La Lista de Medicamentos también indica si hay reglas que limiten la cobertura de un medicamento.

Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que tienen cobertura, visite myUHC.com/CommunityPlan o llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 4 Resumen de costos importantes

	Los costos en el año 2026
Prima mensual del plan* * La prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 4.1 para obtener información detallada.	$0
Máximos de gastos de su bolsillo Esto es lo **máximo** que usted pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información detallada.)	De proveedores de la red: $0 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Visitas al consultorio de un proveedor de cuidado primario	$0 de copago por cada visita.
Visitas al consultorio de un especialista	$0 de copago por cada visita.
Estadías en el hospital como paciente hospitalizado	$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare, por un número ilimitado de días.
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 4 del Capítulo 6 para obtener información detallada.)	Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible.
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener información detallada, incluido el Deducible Anual, la Cobertura Inicial y las Etapas de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.)	**Por todos los medicamentos cubiertos:** $0 de copago[1] **Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores:** Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

[1] Usted paga un máximo de $0 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, en la que usted paga $0.
Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima Mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por Inscripción Tardía en la Parte D (Sección 4.3)
- Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Sección 4.4)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan aparte por nuestro plan.

Las primas de la Parte B y de la Parte D de Medicare difieren entre personas con distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte la sección titulada “Costos de Medicare 2026” del manual Medicare y Usted 2026. Descargue una copia en el sitio web de Medicare en (es.medicare.gov/medicare-and-you) o puede llamar y pedir una copia impresa al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima Mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Como miembro de UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP), usted recibe una reducción de hasta $0.60 en la prima mensual de la Parte B de Medicare. Medicare establece esta reducción y la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) la administra. Los reembolsos se aplican solamente a lo que usted paga por la prima de la Parte B de Medicare y no se emiten reembolsos para ninguna de las primas que paga Medicaid. Dependiendo de su método de pago de la prima de la Parte B de Medicare, se le puede acreditar la reducción en su cheque del Seguro Social o en su estado de cuenta de la prima de la Parte B de Medicare. Es posible que transcurran varios meses para que se le acrediten las reducciones de la prima, pero usted recibirá el crédito completo por los pagos que haya realizado.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Según se explica en la Sección 2 anterior, para cumplir los requisitos de nuestro plan, usted debe seguir cumpliendo los requisitos de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), además de tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP),Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid)paga la prima de la Parte A (si usted no califica para ella automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A, si no cumple los requisitos para recibir la Parte A sin pagar una prima.

Sección 4.3 Multa por Inscripción Tardía en la Parte D

Debido a que usted tiene elegibilidad doble, la multa por inscripción tardía no se aplica en su caso, siempre y cuando usted mantenga su estado de elegibilidad doble, pero si pierde su estado de elegibilidad doble, se le puede cobrar la multa por inscripción tardía. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que termine su período de inscripción inicial, estuvo durante un período de 63 días consecutivos o más sin otra cobertura de medicamentos acreditable o de la Parte D. “Cobertura de medicamentos acreditable” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague como mínimo, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que estuvo sin otra cobertura de medicamentos acreditable o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa durante todo el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

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

- Usted recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos
- Estuvo sin cobertura acreditable menos de 63 días consecutivos
- Tenía una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de los Veteranos [Veterans Health Administration, VA]). Su compañía de seguros o el Departamento de Recursos Humanos de su empleador le informará cada año si su cobertura de medicamentos es cobertura acreditable. Puede ser que reciba esta información en una carta o en un boletín de nuestro plan. Guarde esta información porque tal vez la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
  - **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos con receta “acreditable” que pagaría tanto como el plan estándar de medicamentos de Medicare
  - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios web que ofrecen descuentos para medicamentos no son cobertura de medicamentos con receta acreditable

Medicare determina la cantidad de la multa por inscripción tardía en la Parte D. Funciona de la siguiente manera:

- Primero, cuente el número de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de que comenzó a cumplir los requisitos para inscribirse. O cuente el número de meses completos durante los cuales estuvo sin cobertura de medicamentos acreditable, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes en que estuvo sin cobertura acreditable. Por ejemplo, si usted estuvo 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.

- Después, Medicare determina la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país durante el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para el año 2026, la prima promedio es de $38.99.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima base nacional del beneficiario y redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En nuestro ejemplo, sería 14% por $38.99, lo que equivale a $5.46. Esto se redondea a $5.50. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual del plan en el caso de una persona que tiene que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Tres puntos importantes que debe tener en cuenta sobre la multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año** ya que la prima base nacional del beneficiario puede cambiar de un año a otro.
- **Usted seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si usted es menor de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reiniciará cuando cumpla los 65 años. Después de cumplir los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará solamente en los meses en que no tuvo cobertura después del período de inscripción inicial que utilizó para su transición a Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días** después de la fecha de la primera carta que reciba informándole que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso

Si deja de cumplir los requisitos para este plan debido a cambios en los ingresos, es posible que algunos miembros tengan que pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula en función de sus ingresos brutos ajustados y modificados, según lo informado en su declaración de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace 2 años. Si son superiores a cierta cantidad, pagará la prima estándar y, además, el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite
es.medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta para indicarle cuánto será la cantidad adicional. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Administración de Personal, sin importar de qué manera usted pague normalmente la prima de nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para

cubrir la cantidad adicional a pagar. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, usted recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso adicional al gobierno. No puede pagarlo con la prima mensual de su plan. Si no paga el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá su cobertura de medicamentos con receta.**

Si usted no está de acuerdo con pagar el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso adicional, puede solicitar al Seguro Social que revisen la decisión. Si desea saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 5 Más información sobre la prima mensual de su plan

Sección 5.1 Cómo pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D

Usted cuenta con cuatro maneras de pagar la multa.

Opción 1: Pagar con cheque

Le enviaremos una factura mensual por la multa por inscripción tardía. Realice su pago pagadero a UnitedHealthcare. En la factura encontrará la dirección postal y otra información. Incluya su número de ID de miembro en su cheque o giro postal. Si desea realizar un pago para más de un miembro, incluya un talón de pago por cada miembro. Incluya el número de ID de miembro de cada miembro en el cheque o giro postal. Todos los pagos se deben recibir antes de o en la fecha de vencimiento que se indica en la factura mensual. Si necesita que se reemplace su factura mensual, llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Opción 2: Transferencia Electrónica de Fondos

En lugar de pagar con cheque, puede pedir que el pago de la multa por inscripción tardía se deduzca automáticamente de su cuenta de cheques. El pago mensual se deducirá de su cuenta aproximadamente el día 5 de cada mes. Si desea inscribirse en el servicio de Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer, EFT), siga las instrucciones de su factura mensual o llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Opción 3: Pagar con tarjeta de crédito

En lugar de pagar con cheque, puede pagar la multa por inscripción tardía con su tarjeta de crédito. Si desea inscribirse para usar su tarjeta de crédito para pagar la multa por inscripción tardía llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Opción 4: Pedir que las multas por inscripción tardía en la Parte D se deduzcan de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar el método de pago de su multa por inscripción tardía en la Parte D

Si decide cambiar el método de pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D, puede tardar hasta 3 meses para que se aplique el nuevo método de pago. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de pagar su multa por inscripción tardía en la

Parte D a tiempo. Comuníquese con Servicio al Cliente para indicar el método que prefiere para pagar la prima o si desea cambiar su método actual. (Encontrará el número de teléfono en la portada de esta guía.)

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D

Si tiene la obligación de pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, esa multa debe ser recibida en nuestra oficina a más tardar el primer día del mes. Si no recibimos el pago a más tardar el primer día del mes, le enviaremos un aviso. Además, tenemos derecho a cobrarle las multas que usted adeude.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D, si le correspondía pagar, a tiempo, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para determinar si es posible remitirle a algún programa que pueda ayudarle con sus pagos.

Si cancelamos su membresía por falta de pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D, si le correspondía pagar, tendrá cobertura de salud mediante Medicare Original. Seguirá teniendo cobertura de medicamentos de la Parte D mientras reciba el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta. Medicare le inscribirá en un nuevo plan de medicamentos con receta para su cobertura de la Parte D.

Al momento en que cancelemos su membresía, es posible que aún adeude las multas impagas. Tenemos derecho a cobrarle las multas que usted adeude. Si usted solicita la inscripción en uno de nuestros planes y tiene primas impagas en un plan actual o anterior nuestro, nosotros tenemos derecho a exigirle el pago de cualquier prima que adeude, antes de permitirle que se inscriba.

Si usted piensa que la cancelación de su membresía fue una equivocación, puede presentar una queja (también se llama queja formal). Si se presentó una situación de emergencia fuera de su control que le impidió pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D, si le correspondía pagar, puede presentar una queja. Para quejas, revisaremos nuestra decisión otra vez. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja o puede llamarnos al 1-866-842-4968, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su solicitud a más tardar 60 días calendario después de la fecha en que termine su membresía.

Sección 5.2 La prima mensual de nuestro plan no cambiará durante el año

No se nos permite cambiar la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo comunicaremos en el mes de septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si le corresponde pagar, o es posible que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría ocurrir si usted comienza a cumplir los requisitos del programa Ayuda Adicional o si deja de cumplir los requisitos de dicho programa durante el año.

- Si actualmente paga una multa por inscripción tardía en la Parte D y comienza a cumplir los requisitos del programa Ayuda Adicional durante el año, podrá dejar de pagar su multa.

- Si pierde el programa Ayuda Adicional, es posible que esté sujeto a una multa por inscripción tardía en la Parte D si continúa durante 63 días consecutivos o más sin otra cobertura de medicamentos acreditable o de la Parte D.

Encuentre más información sobre el programa Ayuda Adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.

Sección 6 Mantenga actualizado su registro de membresía de nuestro plan

Su registro de membresía tiene la información de su solicitud de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. También indica la cobertura específica de su plan, incluido su Proveedor de Cuidado Primario.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **usan su registro de membresía para saber los servicios y los medicamentos que tienen cobertura, además del costo compartido que le corresponde a usted.** Por esta razón, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

- ☐Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- ☐Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o de su pareja de unión libre, de Seguro de Accidentes Laborales o Medicaid).
- ☐Cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos debido a un accidente de automóvil.
- ☐Si es admitido en un asilo de convalecencia.
- ☐Si recibe cuidado en una sala de emergencias o en un hospital fuera del área de servicio o fuera de la red.
- ☐Si cambia su tercero responsable designado (como un cuidador).
- ☐Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** Usted no está obligado a informarle a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga.)

Si alguno de estos datos cambia, llame a Servicio al Cliente para informarnos al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Sección 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con los beneficios de nuestro plan. A esto se le llama **Coordinación de los Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que indique cualquier otra cobertura médica o de medicamentos de las que tenemos conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si la información está equivocada, o si tiene otra cobertura que no incluimos, llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que sea necesario dar su número de ID de miembro del plan a sus otras compañías de seguros (una vez que haya confirmado cuáles son estas compañías) para que las facturas se paguen correcta y puntualmente.

Si usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud de grupo del empleador), las reglas de Medicare determinan si paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero (el “pagador primario”) paga hasta los límites de la cobertura. El seguro que paga en segundo término (el “pagador secundario”) solo paga si quedaron costos que la cobertura primaria no cubrió. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que quedaron sin cubrir. Si tiene otro seguro, infórmeles a su médico, hospital y farmacia.

Las siguientes reglas se aplican a la cobertura de los planes de salud de grupo de empleadores o sindicatos:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud de grupo se basa en su empleo actual o en el de un familiar, se determina quién es el pagador primario según su edad, el número de empleados de su empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
  - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted (o el familiar) aún trabajan, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o si hay al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 100 empleados.
  - Si es mayor de 65 y usted (o su cónyuge o pareja de unión libre) aún trabajan, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados, o si hay al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a que tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses después de la fecha en que usted comience a cumplir los requisitos de Medicare.

Por lo general, los siguientes tipos de cobertura son los pagadores primarios de servicios relacionados a ellos:

- Seguro Sin Culpa (incluso el Seguro de Automóvil)
- Seguro de Responsabilidad Civil (incluso el Seguro de Automóvil)
- Beneficios por antracosis
- Seguro de accidentes laborales

Ni Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) ni TRICARE son los pagadores primarios de los servicios cubiertos por Medicare. Solamente pagan después de que hayan pagado Medicare o los planes de salud de grupo del empleador.

Capítulo 2:
Números de teléfono y recursos

Sección 1 Contactos de UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP)

Para recibir ayuda con reclamos, facturación o si tiene alguna pregunta sobre la UCard, llame o escriba a Servicio al Cliente. Nos complacerá ayudarle.

Servicio al Cliente – Información de Contacto

Llame al	1-866-842-4968 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre Servicio al Cliente 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
Escriba a	UnitedHealthcare Customer Service Department P.O. Box 30769, Salt Lake City, UT 84130-0769
Sitio Web	myUHC.com/CommunityPlan

Cómo solicitar una decisión de cobertura o apelación relacionada con su cuidado médico

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura o con la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones relacionadas con su cuidado médico o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de Cobertura Relacionadas con el Cuidado Médico – Información de Contacto

Llame al	1-866-842-4968

Decisiones de Cobertura Relacionadas con el Cuidado Médico – Información de Contacto	
	Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
Envíe un Fax al	1-888-950-1169
Escriba a	UnitedHealthcare Customer Service Department (Organization Determinations) P.O. Box 30769, Salt Lake City, UT 84130-0769
Sitio Web	myUHC.com/CommunityPlan

Apelaciones Relacionadas con el Cuidado Médico – Información de Contacto	
Llame al	**1-866-842-4968** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre Para presentar apelaciones rápidas relacionadas con el cuidado médico: **1-855-409-7041** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
Envíe un Fax al	Para presentar apelaciones rápidas solamente: **1-866-373-1081**
Escriba a	UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department P.O. Box 6103, MS CA120-0360, Cypress, CA 90630-0023
Sitio Web	**myUHC.com/CommunityPlan**

Decisiones de Cobertura Relacionadas con los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto

Llame al	1-866-842-4968 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
Escriba a	Optum Rx Prior Authorization Department P.O. Box 25183, Santa Ana, CA 92799
Sitio Web	myUHC.com/CommunityPlan

Apelaciones Relacionadas con los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto

Llame al	1-866-842-4968 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre Para presentar apelaciones rápidas relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D: 1-855-409-7041 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
Envíe un Fax al	Para presentar apelaciones estándar relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D: 1-877-960-8235 Para presentar apelaciones rápidas relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D: 1-866-308-6296
Escriba a	UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department

Apelaciones Relacionadas con los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto

	P.O. Box 6103, MS CA120-0368, Cypress, CA 90630-0023
Sitio Web	myUHC.com/CommunityPlan

Cómo presentar una queja sobre su cuidado médico

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores, o farmacias de nuestra red, incluso una queja sobre la calidad del cuidado que ha recibido. Este tipo de queja no incluye disputas sobre la cobertura o el pago de servicios. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado médico, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre el Cuidado Médico – Información de Contacto

Llame al	**1-866-842-4968** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre Para presentar quejas rápidas sobre el cuidado médico: **1-855-409-7041** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
Envíe un Fax al	Para presentar quejas rápidas solamente: **1-866-373-1081**
Escriba a	UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department P.O. Box 6103, MS CA120-0360, Cypress, CA 90630-0023
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) directamente ante Medicare, visite es.medicare.gov/my/medicare-complaint.

Quejas sobre los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto

Llame al	**1-866-842-4968** Las llamadas a este número son gratuitas.

Quejas sobre los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto	
	Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre Para presentar quejas rápidas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: **1-855-409-7041** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
Envíe un Fax al	Para presentar quejas estándar sobre los medicamentos con receta de la Parte D: **1-877-960-8235** Para presentar quejas rápidas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: **1-866-308-6296**
Escriba a	UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department P.O. Box 6103, MS CA120-0368, Cypress, CA 90630-0023
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) directamente ante Medicare, visite es.medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos el pago de nuestra parte del costo del cuidado médico o de un medicamento que usted recibió

Si recibió una factura o pagó los servicios (como, por ejemplo, una factura del proveedor) que usted cree que nosotros deberíamos pagar, es posible que necesite pedirnos el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7.

Si nos envía una solicitud de pago y nosotros denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Solicitudes de Pago – Información de Contacto	
Llame al	**1-866-842-4968** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

Solicitudes de Pago – Información de Contacto

TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
Escriba a	Solicitudes de pago de reclamos médicos: UnitedHealthcare P.O. Box 31350, Salt Lake City, UT 84131-0350 Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D: Optum Rx P.O. Box 650287, Dallas, TX 75265-0287
Sitio Web	**myUHC.com/CommunityPlan**

Sección 2 Cómo obtener ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de planes Medicare Advantage, incluso con nuestro plan.

Medicare – Información de Contacto

Llame al	**1-800-MEDICARE, (1-800-633-4227)** Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	**1-877-486-2048** Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chatee en Vivo	Chatee en vivo en es.medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare al PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio Web	es.medicare.gov Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluso lo que cuesten y los servicios que presten.

Medicare – Información de Contacto	
	☐Busque los médicos participantes en Medicare y otros distribuidores y proveedores de cuidado de la salud. ☐Encuentre lo que Medicare cubre, incluso los servicios preventivos (como exámenes, inyecciones o vacunas y las visitas de “Bienestar” anuales). ☐Obtenga los formularios y la información sobre las apelaciones de Medicare. ☐Obtenga información sobre la calidad del cuidado proporcionado por los planes, asilos de convalecencia, hospitales, médicos, agencias de asistencia médica a domicilio, centros de diálisis, centros de cuidado para enfermos terminales, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidado a largo plazo. ☐Busque los sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar el sitio web es.medicare.gov para presentar ante Medicare cualquier queja que tenga sobre UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP). **Para presentar una queja ante Medicare,** visite es.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas con mucha seriedad y usa esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Sección 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En el estado donde usted vive, el programa SHIP se llama Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

Su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es un programa independiente del estado (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento local gratuito sobre el seguro de salud a los beneficiarios de Medicare.

Los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud pueden ayudarle a comprender sus derechos en Medicare, a presentar quejas sobre su cuidado o tratamiento médico y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud también pueden ayudarle a responder sus preguntas o resolver problemas relacionados con Medicare, así como ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas si desea cambiar de plan.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) – Información de Contacto Florida
Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)

Llame al	**1-800-963-5337**
TTY	**1-800-955-8770** Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Escriba a	4040 Esplanade Way, STE 270, Tallahassee, FL 32399-7000
Sitio Web	**www.floridashine.org**

Sección 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada atiende a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Florida, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama ACENTRA.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado tiene un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pago de Medicare para verificar y mejorar la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad del estado es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad del cuidado que recibió. Algunos ejemplos de inquietudes relacionadas con la calidad del cuidado incluyen recibir el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Piensa que la cobertura de su estadía en el hospital termina demasiado pronto.
- Piensa que su cobertura de cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) termina demasiado pronto.

	Organización para el Mejoramiento de la Calidad – Información de contacto **Florida** **ACENTRA**
Llame al	1-888-319-8452

	Organización para el Mejoramiento de la Calidad – Información de contacto **Florida** **ACENTRA**
	9 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes; 10 a.m. a 4 p.m., hora local, los fines de semana y días festivos
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solamente para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Escriba a	1650 Summit Lake Dr., Suite 102, Tallahassee, FL 32317
Sitio Web	acentraqio.com

Sección 5 Seguro Social

El Seguro Social determina el cumplimiento de los requisitos de participación de Medicare y administra las inscripciones para Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar una cantidad adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social informándole que tiene que pagar la cantidad adicional y si tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos se disminuyeron debido a un acontecimiento que ha cambiado su vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informarles.

	Seguro Social – Información de Contacto
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Use el sistema telefónico automatizado del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes.
Sitio Web	ssa.gov/espanol/

Sección 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y del estado que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Como miembro de este plan, usted califica para Medicare y Medicaid. Según sea el Estado donde usted viva y los requisitos que cumpla, es posible que Medicaid pague servicios domésticos, para el cuidado personal y otros servicios que no paga Medicare.

Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a los beneficiarios de Medicare a pagar sus costos de Medicare, por ejemplo las primas de Medicare. Estos "Programas de Ahorros de Medicare" ayudan a que las personas con ingresos y recursos limitados ahorren dinero cada año.

Usted puede inscribirse en este plan si está en una de las siguientes categorías de Medicaid:

- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare y también cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas de la Parte A y la Parte B, deducibles, coseguros y copagos de Medicare por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, except sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).

- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** Medicaid paga la prima de la Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la Agencia Estatal de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

- **Individuos con Elegibilidad Doble y Beneficios Completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Es posible que Medicaid proporcione ayuda limitada con los costos compartidos de Medicare. Medicaid también proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la Oficina Estatal de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid).

	Programa de Medicaid del Estado – Información de Contacto **Florida** **Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid)**
Llame al	**1-888-419-3456** **8 a.m. a 5 p.m., hora del Este, de lunes a viernes**
TTY	**1-800-955-8771** Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Escriba a	2727 Mahan DR, MS 6, Tallahassee, FL 32308
Sitio Web	https://ahca.myflorida.com/

Método	**Oficina de Medicaid del Estado (para obtener información sobre requisitos de participación) – Información de Contacto** **Florida** **Florida Department of Children and Families**
Llame al	1-850-300-4323 8 a.m. a 5 p.m., hora del Este, de lunes a viernes
TTY	1-800-955-8771 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	P.O. Box 1770, Ocala, FL 34478-1770
Sitio web	myflfamilies.com

Método	**Oficina de Medicaid del Estado (para obtener información sobre cobertura y servicios) – Información de contacto** **Florida** **Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA)**
Llame al	1-888-419-3456 8 a.m. a 5 p.m., hora del Este, de lunes a viernes
TTY	1-800-955-8771

Método	Oficina de Medicaid del Estado (para obtener información sobre cobertura y servicios) – Información de contacto Florida Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA)
	Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	2727 Mahan DR, MS 6, Tallahassee, FL 32308
Sitio web	https://ahca.myflorida.com/

El programa del Ombudsman ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas en el servicio o la facturación. También pueden ayudarle a presentar una queja formal o una apelación ante nuestro plan.

Método	Programa del Estado del Defensor del Afiliado – Información de Contacto Florida Florida Department of Financial Services - Division of Consumer Services
Llame al	1-877-693-5236 8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	200 E Gaines ST, Tallahassee, FL 32399-0322
Sitio web	https://www.myfloridacfo.com/division/wc/employee/eao

El programa del defensor del afiliado para el cuidado a largo plazo ayuda a las personas a obtener información sobre asilos de convalecencia y a resolver problemas entre los asilos de convalecencia y los residentes o sus familiares.

Método	Programa del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo del Estado Florida Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP)
Llame al	1-888-831-0404 8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes

Método	Programa del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo del Estado Florida Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP)
TTY	1-850-414-2001 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Escriba a	4040 Esplanade Way Suite 380, Tallahassee, FL 32399-7000
Sitio Web	https://ombudsman.elderaffairs.org/

Sección 7 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

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

Programa Ayuda Adicional de Medicare

Debido a que usted cumple los requisitos de Medicaid, usted califica para, y recibe, el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para recibir el programa Ayuda Adicional.

Si tiene preguntas sobre el programa Ayuda Adicional, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048;
- A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778, o
- A la Oficina de Medicaid de su Estado 1-888-419-3456.

Si califica para el programa Ayuda Adicional y cree que está pagando una cantidad incorrecta por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarle a obtener el comprobante del copago correcto. Si ya tiene el comprobante de la cantidad correcta, podemos ayudarle a que nos lo envíe.

- Envíe la información por fax al 501-262-7070 o por correo postal a P.O. Box 29300, Hot Springs, AR 71903-9300.
- Cuando recibamos el comprobante que indique el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar la cantidad correcta cuando obtenga su medicamento con receta la próxima vez. Si paga de más su copago, le reembolsaremos mediante cheque o un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted le adeuda una cantidad, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en nombre de usted, es posible que realicemos el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Qué sucede si recibe el programa Ayuda Adicional y tiene la cobertura de un Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)?

El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que viven con el VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida califican para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos con receta a través del Estado.

Nota: Para cumplir los requisitos del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen contar con comprobantes de residencia en el estado, de diagnóstico de VIH, de bajos ingresos (según lo define el estado) y de no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique al trabajador de inscripciones de su Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida local para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a la oficina del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado que se indica a continuación.

	Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP) - Información de contacto **Florida Department of Health ADAP**
Llame al	1-800-352-2437 8 a.m. a 9 p.m., hora local, de lunes a viernes
Sitio Web	http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html

Sección 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los empleados ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, infórmeles si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre los beneficios que recibe de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

	Junta de Retiro Ferroviario (RRB) – Información de Contacto
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Oprima el “0”, para hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB), de 9 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes; y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles.

	Junta de Retiro Ferroviario (RRB) – Información de Contacto
	Oprima el “1”, para acceder a la Línea de Ayuda de la Junta de Retiro Ferroviario automatizada con información grabada, las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio Web	RRB.gov

Sección 9 Si tiene un seguro de grupo u otro seguro de salud de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de unión libre) recibe beneficios del grupo del empleador o del grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato, o a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción del grupo del empleador o del grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre). (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la portada de este documento.) Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene alguna pregunta sobre su cobertura de Medicare en este plan o los períodos de inscripción para hacer un cambio. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos a través del grupo del empleador o del grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

Capítulo 3:
Cómo usar nuestro plan para recibir sus servicios médicos

Sección 1 Cómo obtener cuidado médico como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que debe saber sobre cómo usar nuestro plan para obtener cobertura de su cuidado médico. Para obtener información detallada del cuidado médico que cubre nuestro plan y cuánto paga usted al recibir cuidado, consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- **Proveedores** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud con licencia del estado para proporcionar cuidado y prestar servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de cuidado de la salud.
- **Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y el costo compartido que a usted le corresponda como el pago total. Hemos establecido un acuerdo con estos proveedores para que presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores dentro de nuestra red nos facturan directamente por el cuidado que le proporcionan a usted. Si consulta a un proveedor de la red, usted paga solamente la parte del costo que le corresponde por los servicios cubiertos.
- **Servicios cubiertos** incluyen todo el cuidado médico, los servicios para el cuidado de la salud, suministros, equipos y medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de cuidado médico aparecen en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos de medicamentos con receta se explican en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de cuidado médico de nuestro plan

Como plan de salud de Medicare y Medicaid, UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y puede ofrecer otros servicios, además de los que están cubiertos por Medicare Original, según se indican en el Capítulo 4.

El plan generalmente cubrirá su cuidado médico, siempre y cuando:

- **El cuidado que usted reciba esté incluido en la Tabla de Beneficios Médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4**.**
- **El cuidado que reciba se considere médicamente necesario.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la

prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad, y que cumplen los estándares aceptados del ejercicio de la medicina.

- **Cuente con un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) de la red que proporcione y supervise su cuidado.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor de cuidado primario de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1).
  - En la mayoría de las situaciones, el proveedor de cuidado primario debe darle su preaprobación (una referencia) antes de que usted consulte a otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de asistencia médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
  - No necesita referencias de su proveedor de cuidado primario para recibir cuidado de emergencia o servicios requeridos de urgencia. Para informarse sobre otros tipos de cuidado que puede recibir sin obtener la preaprobación de su proveedor de cuidado primario, consulte la Sección 2.2.
- **Usted debe recibir su cuidado de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierto. Esto significa que usted tiene que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que reciba. **Las siguientes son 3 excepciones:**
  - Nuestro plan cubre el cuidado de emergencia o los servicios requeridos de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para las definiciones de cuidado de emergencia o servicios requeridos de urgencia, consulte la Sección 3.
  - Si usted necesita cuidado médico que Medicare exige que nuestro plan cubra pero no hay especialistas en nuestra red que le proporcionen ese cuidado, usted puede recibirlo de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. En este caso, cubriremos los servicios como si los hubiera recibido de un proveedor de la red. Usted debe obtener nuestra aprobación antes de comenzar a recibir cuidado de un proveedor fuera de la red. Comuníquese con Servicio al Cliente, o pídale a su proveedor de cuidado primario o al proveedor fuera de la red que nos llame para obtener la aprobación (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).
  - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando el proveedor que presta el servicio no está a su disposición ni accesible temporalmente. El costo compartido que usted le paga a nuestro plan por servicios de diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido de Medicare Original. Si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe los servicios de diálisis de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si el proveedor dentro de la red que suele prestarle los servicios de diálisis no está a su disposición temporalmente y usted decide recibir los servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido por los servicios de diálisis puede ser más alto.

Mientras sea miembro de nuestro plan de Punto de Servicio (Point of Service, POS) puede utilizar proveedores tanto dentro y fuera de la red para los servicios dentales de rutina cubiertos. Consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3.

Sección 2 Use proveedores de la red y fuera de la red para recibir cuidado médico

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para que le preste y supervise su cuidado médico

¿Qué es un “proveedor de cuidado primario” y qué hace por usted?

¿Qué es un proveedor de cuidado primario?

Un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) es un médico de la red que usted elige para prestar y coordinar los servicios cubiertos que usted recibe.

¿Quiénes pueden ser un proveedor de cuidado primario?

Por lo general, los proveedores de cuidado primario son médicos especializados en medicina interna, medicina familiar o medicina general.

¿Cuál es la función de mi Proveedor de Cuidado Primario?

La relación con su proveedor de cuidado primario es importante ya que este médico es responsable de sus cuidados de la salud habituales, de coordinar todos los servicios cubiertos, de mantener su expediente médico y de asegurar la continuidad de sus cuidados. Si necesita una cita con un especialista o con otro proveedor de la red distinto a su proveedor de cuidado primario, debe obtener una referencia de parte de este.

Cómo elegir un proveedor de cuidado primario

Usted debe elegir un Proveedor de Cuidado Primario del **Directorio de Proveedores** al momento de su inscripción.

Debido a que su acceso a los especialistas y hospitales de la red está basado en la elección de su proveedor de cuidado primario, si hay algún hospital, médico u otro proveedor específico que quiera usar, confirme, como parte de su proceso de elección, si el proveedor de cuidado primario elegido puede darle la referencia necesaria para esos proveedores.

Para obtener una copia del **Directorio de Proveedores** más actualizado o elegir un proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente o visite el sitio web que se indica en el Capítulo 2 de esta guía para obtener la información más actualizada sobre los proveedores de nuestra red.

Si no elige un proveedor de cuidado primario al momento de inscribirse, nosotros lo seleccionaremos por usted. Usted puede cambiar de proveedor de cuidado primario cuando lo desee. Consulte la sección “Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario” enseguida.

Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario

Puede cambiar de proveedor de cuidado primario por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su proveedor de cuidado primario deje la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que buscar un nuevo proveedor de cuidado primario.

Si desea cambiar de Proveedor de Cuidado Primario, llame a Servicio al Cliente o visite el sitio web. Si el Proveedor de Cuidado Primario está aceptando más miembros del plan, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Usted recibirá una nueva UCard que incluirá este cambio.

Sección 2.2 Cuidado médico que puede recibir sin una referencia de un proveedor de cuidado primario

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin obtener la preaprobación de su proveedor de cuidado primario.

- Cuidado de la salud de la mujer de rutina, que incluye exámenes de senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos, siempre y cuando usted los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la pulmonía.
- Servicios para emergencias de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios requeridos de urgencia cubiertos por el plan son los servicios que requieren atención médica inmediata (que no sea una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, debido al tiempo, el lugar o las circunstancias, recibir este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios requeridos de urgencia son lesiones o enfermedades médicas imprevistas, o el agravamiento inesperado de enfermedades existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (tales como los exámenes médicos anuales) no se consideran servicios requeridos de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos hacer los arreglos necesarios para que usted reciba diálisis de mantenimiento mientras está lejos.
- Servicios de los siguientes tipos de médicos especialistas: Obstetricia/Ginecología (OB/GYN), Hematólogo, Oncólogo, Neonatólogo, Medicina de Emergencia, Médico Hospitalista, Enfermedades Infecciosas, Medicina Nuclear, Radiólogo o proveedor de Radiología Terapéutica.
- Para todos los demás servicios, consulte el Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos, para determinar si se requiere una referencia por adelantado de su proveedor de cuidado primario.

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

Un especialista es un médico que presta servicios para el cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas. Por ejemplo:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con condiciones cardíacas
- Ortopedistas, que atienden a pacientes con ciertas condiciones óseas, articulares o musculares

Si el especialista de la red pide que usted regrese para tratamiento adicional, asegúrese de que estos servicios sean servicios cubiertos. Para ello, verifique primero con su proveedor de cuidado primario que la referencia se hará extensiva al tratamiento adicional.

Ni el plan ni Medicare pagarán los servicios, suministros, tratamientos, cirugías o terapias con medicamentos para los cuales se requiere una referencia, si esta no se obtuvo de su proveedor de cuidado primario o de nuestra parte, salvo los servicios de emergencia, servicios requeridos de urgencia, diálisis fuera del área de servicio y servicios de cuidados posestabilización, o si usted tiene una preautorización para ver a un proveedor fuera de la red.

Para más información sobre los servicios que requieren preautorización consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Consulte el **Directorio de Proveedores** para ver el listado de especialistas del plan disponibles a través de su red o, si prefiere, consulte el **Directorio de Proveedores** disponible a través de internet en el sitio web que se indica en el Capítulo 2 de esta guía.

Si usted utiliza un proveedor fuera de la red para servicios dentales de rutina, su parte de los costos de sus servicios cubiertos se describen en la sección “Beneficios Dentales de Rutina Cubiertos” del Capítulo 4.

Cuando usted elige a su proveedor de cuidado primario es importante recordar que este médico seleccionará al especialista de la red al que lo referirá en base al método que utiliza para dar referencias y los hospitales a los que está afiliado. La existencia en este directorio de un especialista de la red en particular no quiere decir que su proveedor de cuidado primario le dará una referencia para verlo.

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

Tenga en cuenta que podemos hacer cambios en la lista de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
  - Si su proveedor de cuidado primario o de servicios de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si usted visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
  - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si el proveedor lo tiene asignado, si actualmente recibe cuidado de ellos, o si les visitó en los últimos 3 meses.

- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para seguir con su cuidado.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico o terapias con su médico actual, tiene derecho a solicitar que siga recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarios. Colaboraremos con usted para que pueda seguir recibiendo cuidados.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando no hay un proveedor o beneficio adecuado o disponible dentro de la red para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores a un costo compartido igual que si se tratara de uno dentro de la red.
- Si se entera que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para administrar su cuidado.
- Si usted cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, una queja formal sobre la calidad del cuidado ante nuestro plan, o ambas. (consulte el Capítulo 9).

Para obtener ayuda, puede llamar a Servicio al Cliente al número indicado en el Capítulo 2 de esta guía.

Algunos servicios requieren la preautorización del plan para tener cobertura. El Proveedor de Cuidado Primario o el proveedor tratante tiene la responsabilidad de obtener la preautorización. Los servicios y artículos que requieren preautorización se indican en la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2 del Capítulo 4.

Sección 2.4 Cómo obtener cuidados de la salud de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir cuidado de proveedores fuera de la red solamente para servicios de rutina dentales. Para obtener más información, consulte la sección **“Beneficios Dentales de Rutina Cubiertos” del Capítulo 4**. De lo contrario, el cuidado que usted reciba de proveedores fuera de la red no estará cubierto a menos que dicho cuidado cumpla una de las tres excepciones que se describen en la Sección 1.2 de este capítulo. Para obtener información sobre cómo recibir cuidado fuera de la red cuando tiene una emergencia médica o necesita cuidado de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.

Sección 3 Cómo recibir servicios en situaciones de emergencia, catástrofe o cuando necesita cuidado de urgencia

Sección 3.1 Recibir cuidado si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** se da cuando usted, o cualquier persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si se trata de una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la funcionalidad de una extremidad, o la pérdida o limitación

grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una afección, lesión, dolor grave o una enfermedad que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Reciba ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si es necesario. **No** necesita obtener primero la aprobación ni una referencia de su proveedor de cuidado primario. **No** necesita utilizar un médico de la red. Usted puede recibir cuidado médico de emergencia cubierto cuando lo necesite, en cualquier parte del mundo.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en que llegar a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. Cubrimos también servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le prestan el cuidado de emergencia decidirán en qué momento su condición se ha estabilizado y cuándo la emergencia médica ha pasado.

Si recibe cuidado de emergencia en los Estados Unidos, una vez que haya pasado la emergencia, usted tiene derecho a recibir cuidado médico de seguimiento para confirmar que su condición siga siendo estable. Los médicos continuarán con el tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para el cuidado adicional. Nuestro plan cubrirá su cuidado médico de seguimiento. Si su cuidado de emergencia es proporcionado por proveedores fuera de la red, intentaremos hacer los arreglos necesarios para que sean proveedores de la red quienes se encarguen de su cuidado, tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan. Si recibe cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos mediante el beneficio de cobertura mundial de servicios para emergencias, solamente los servicios médicos directamente relacionados con la emergencia médica inmediata tienen cobertura mientras usted permanezca en un país extranjero. En la mayoría de los casos, el cuidado médico de seguimiento que se reciba una vez que su condición se haya estabilizado no tiene cobertura fuera de los Estados Unidos, incluso si el cuidado está relacionado con el cuidado que recibió durante una emergencia médica.

¿Qué sucede si no era una emergencia médica?

En ocasiones, puede resultar difícil saber si se trata de una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que usted solicite cuidado de emergencia – pensando que su salud está en grave peligro – y que el médico determine que en realidad no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, siempre y cuando haya sido razonable pensar que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su cuidado.

Sin embargo, una vez que el médico determinó que **no era** una emergencia, cubriremos el cuidado adicional **solamente** si usted recibe el cuidado adicional de una de estas dos maneras:

- Visita a un proveedor de la red para recibir el cuidado adicional o
- El cuidado adicional que recibe se considera servicios requeridos de urgencia y usted sigue las reglas a continuación para recibir este cuidado de urgencia.

Sección 3.2 Recibir cuidado si necesita servicios de urgencia

Un servicio que requiere atención médica inmediata (que no sea una emergencia) es un servicio requerido de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, debido al tiempo, el lugar o las circunstancias, recibir este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios requeridos de urgencia son lesiones o enfermedades médicas imprevistas, o el agravamiento inesperado de enfermedades existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los exámenes médicos anuales, no se consideran servicios requeridos de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Siempre debe tratar de recibir servicios requeridos de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están a su disposición ni accesibles temporalmente, y no es razonable esperar para obtener cuidado de su proveedor de la red hasta que la red vuelva a estar disponible, cubriremos los servicios requeridos de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Consulte el **Directorio de Proveedores** para obtener una lista de Centros de Cuidado de Urgencia de la red.

Nuestro plan cubre servicios para emergencias y servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos, en todo el mundo, en las siguientes circunstancias: servicios para emergencias, incluso el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano dentro del país extranjero. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura, independientemente de que el transporte sea por ambulancia o algún otro método de transporte. Todos los servicios preprogramados, citas programadas, tratamientos planificados de antemano (incluso diálisis para una condición continua), y los procedimientos electivos no tienen cobertura fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Recibir cuidado durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o emergencia en su zona geográfica, usted seguirá teniendo derecho a recibir cuidado de nuestro plan.

Visite el siguiente sitio web: **uhc.com/disaster-relief-info** o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener información sobre cómo recibir el cuidado que necesite durante una catástrofe.

Si no puede usar un proveedor de la red durante una catástrofe, nuestro plan le permitirá recibir cuidado de proveedores fuera de la red a un costo compartido igual que si se tratara de proveedores dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe, tal vez pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

Sección 4 ¿Qué debe hacer si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?

Si pagó más que el costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede pedirnos que paguemos

nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios médicamente necesarios que aparecen en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios. Sin embargo, antes de pagar el costo del servicio, comuníquese con nosotros para saber si el servicio tiene cobertura a través de sus beneficios de Medicaid.

Por los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de utilizar su beneficio por ese tipo de servicio cubierto. Por ejemplo, si su plan cubre un examen médico de rutina por cada año y usted se realiza ese examen médico de rutina pero decide hacerse otro examen médico de rutina adicional en el mismo año, usted paga el costo total del segundo examen médico de rutina. Lo que usted pague después de haber alcanzado la limitación de beneficios no se toma en cuenta para alcanzar el máximo anual de gastos de su bolsillo. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre el máximo de gastos de su bolsillo que establece su plan.)

Sección 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es una manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidado médico, por ejemplo, el efecto que surte un nuevo medicamento para tratar el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Si participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo los demás servicios para su cuidado (no relacionados con el estudio) a través de nuestro plan.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos informa que participa en un ensayo clínico aprobado, usted solamente es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si usted pagó más, por ejemplo, si ya pagó el costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que ya pagó y el costo compartido dentro de la red. Tendrá que presentar la documentación que muestre cuánto pagó.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su Proveedor de Cuidado Primario. **No** es necesario que los proveedores que le prestan el cuidado como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o el registro para evaluar el beneficio, incluye ciertos beneficios que requieren cobertura con estudios de desarrollo de evidencia (national coverage determination requiring coverage with evidence development, NCD-CED) y estudios de exención

de dispositivos de investigación (investigational device exemption, IDE). Estos beneficios pueden estar sujetos a los requisitos de preautorización y otras reglas del plan.)

Aunque no necesite obtener la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos informe con anticipación si decide participar en un ensayo clínico calificado por Medicare.

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

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

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

- Habitación y comida durante una estadía en el hospital por la que Medicare pagaría incluso si usted no participara en el estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones del nuevo cuidado.

Después de que Medicare paga su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como sucede con todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

Si usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare **no** pagará el nuevo artículo o servicio que se prueba en el estudio, excepto si Medicare cubriría el artículo o servicio incluso aunque usted **no** participara en el estudio.
- Los artículos o servicios que se proporcionan solo para recopilar datos y que no se usan en el cuidado directo de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagará tomografías computarizadas (computerized tomography, CT) mensuales que se realicen como parte de un estudio si su condición médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.
- Los artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de investigación sin cargo para las personas que participen en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare, Medicare y Estudios de Investigación Clínica, disponible en es.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-486-2048.

Sección 6 Reglas para recibir cuidado en una “institución religiosa no médica para servicios de salud”

Sección 6.1 Una institución religiosa no médica para servicios de salud

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un centro que proporciona cuidado para una condición que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir el cuidado en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar, cubriremos el cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud. Este beneficio se proporciona solamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios para el cuidado de la salud no médicos).

Sección 6.2 Cómo recibir cuidado de una institución religiosa no médica para servicios de salud

Para recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud, debe firmar un documento legal que afirme que, a conciencia, se opone a recibir tratamiento médico no exceptuado.

- El cuidado o tratamiento médico **no exceptuado** es todo cuidado o tratamiento médico que es voluntario y **no requerido** por una ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es el cuidado o el tratamiento médico que no es voluntario o que **se requiere** según la ley federal, estatal o local.

Para tener la cobertura de nuestro plan, el cuidado que se recibe en una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que provee el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solamente cubre los aspectos **no religiosos** del cuidado.
- Si esta institución le presta servicios en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Usted debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos para el cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados o para el cuidado en un centro de enfermería especializada.
  - **y –** usted debe obtener la preaprobación de nuestro plan antes de su admisión en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

Usted tiene cobertura por un número ilimitado de días en el hospital, siempre y cuando su estadía cumpla con las pautas de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se indican en la sección **cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados** en la tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 7 Reglas sobre la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 No adquirirá la propiedad de algunos equipos médicos duraderos después de realizar un cierto número de pagos bajo nuestro plan

Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones motorizados, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que un proveedor indique para que los miembros los usen en el domicilio. El miembro siempre es el propietario de algunos de los artículos de

equipo médico duradero, como las prótesis. Usted debe alquilar otros tipos de equipo médico duradero.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero adquieren la propiedad del equipo después de pagar los copagos por el artículo durante 13 meses. **Como miembro de nuestro plan, generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de equipo médico duradero alquilados, sin importar la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan**. No adquirirá la propiedad aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de equipo médico duradero en Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, transferiremos la propiedad del artículo de equipo médico duradero a usted. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para adquirir la propiedad del artículo de equipo médico duradero. Los pagos realizados mientras estuvo en nuestro plan no se toman en cuenta para alcanzar estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos realizados en Medicare Original no se toman en cuenta.

Ejemplo 2: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Usted no adquirió la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego, regresa a Medicare Original. Usted tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Medicare Original. Todos los pagos que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no se toman en cuenta.

Sección 7.2 Reglas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si usted califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, nuestro plan cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipo de oxígeno

Si usted deja nuestro plan o médicamente no necesita el equipo de oxígeno, entonces el equipo de oxígeno debe ser devuelto.

¿Qué sucede si usted deja nuestro plan y regresa a Medicare Original?

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le preste sus servicios por 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor le

proporciona el equipo y mantenimiento (usted seguirá siendo responsable de los copagos por oxígeno). Después de 5 años, usted decide si se queda con la misma compañía o si se cambia a otra compañía. En este momento, el ciclo de 5 años comienza otra vez, aunque usted siga con la misma compañía, y de nuevo usted debe pagar los copagos por los primeros 36 meses. Si usted se inscribe en o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

Capítulo 4:
Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)

Sección 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos

La tabla de beneficios médicos indica sus servicios cubiertos y cuánto pagará usted por cada servicio cubierto como miembro de UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP). Esta sección también contiene información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites de ciertos servicios.

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

Gastos de su bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos incluyen.

- **Copago:** la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago al momento de recibir el servicio médico. (La tabla de beneficios médicos de la Sección 2 le ofrece más información sobre sus copagos.)
- **Coseguro:** el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro al momento de recibir el servicio médico. (La tabla de beneficios médicos de la Sección 2 le ofrece más información sobre sus coseguros.)

Miembros clasificados como Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) - usted no pagará ningún costo por los servicios cubiertos por Medicare, excepto los copagos por sus medicamentos con receta, si está inscrito en Medicare como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) y también Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid). Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) paga sus coseguros, deducibles y copagos (excepto por los medicamentos con receta de la Parte D).

Muestre su UCard cuando reciba servicios para el cuidado de la salud. Les ayudará a sus proveedores de cuidado de la salud a coordinar el pago de los servicios.

Llame a Servicio al Cliente al número de teléfono indicado en el Capítulo 2 de esta guía si:

- le piden que usted pague los servicios cubiertos,
- el proveedor le niega atención, o
- si tiene alguna pregunta

Si recibe un aviso de que su cobertura de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) ha vencido, llame a la oficina de Medicaid inmediatamente para volver a solicitar la asistencia. El número de teléfono de la Agencia de Medicaid se encuentra en el Capítulo 2 de esta guía. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en el Capítulo 2 de esta guía.

Período de Gracia

Miembros clasificados como Beneficiarios Calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiaries, QMB) o que reciben beneficios completos de Medicaid - si usted deja de cumplir los requisitos de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), puede seguir inscrito en este plan de Medicare hasta un máximo de 6 meses. Debe reinscribirse en Medicaid antes de que termine el período de 6 meses para poder mantener sus beneficios de Medicare con este plan. Si usted visita a su proveedor durante el período de 6 meses, tendrá gastos de su bolsillo que su plan de Medicare no cubrirá. Usted será responsable de esos costos hasta que recupere su categoría de participación en Medicaid. Los gastos de su bolsillo pueden incluir deducibles, copagos y coseguros del plan de Medicare, hasta alcanzar las cantidades indicadas por Medicare Original, que se pueden encontrar en es.medicare.gov. Si recibe servicios cubiertos por Medicare dentro de la red, usted será responsable de hasta $9,250 de los costos compartidos, según las cantidades calculadas por Medicare Original. Los servicios fuera de la red no se toman en cuenta para alcanzar este máximo. Además, si usted deja de cumplir los requisitos del programa Ayuda Adicional de la Parte D, también deberá pagar la prima del plan. Para obtener información adicional relacionada con los gastos de su bolsillo durante el período de gracia, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

Si no se reinscribe en Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) durante el período de 6 meses, se cancelará su inscripción en nuestro plan. Se le inscribirá en Medicare Original. Para reinscribirse en Medicaid, comuníquese con la oficina de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid).

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

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Los Planes Medicare Advantage tienen límites en lo que usted tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. A este límite se le llama el máximo de gastos de su bolsillo por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el Máximo de Gastos de su Bolsillo es de $0**.

Lo que usted paga como deducibles, copagos y coseguros por los servicios cubiertos dentro de la red se toma en cuenta para alcanzar este máximo de gastos de su bolsillo. Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D no se toma en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo. Además, lo que usted paga por ciertos servicios tampoco se toma en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo. Estos servicios se indican con un asterisco en la tabla de beneficios médicos. Si usted ya alcanzó el máximo de gastos de su bolsillo de $0, ya no tendrá que pagar ningún gasto de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la pague Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) u otro tercero).

Sección 2 La tabla de beneficios médicos indica sus beneficios médicos y costos

La tabla de beneficios médicos de las páginas siguientes indica los servicios que cubre UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) y lo que paga usted de su bolsillo por cada servicio (el Capítulo 5 explica la cobertura de medicamentos de la Parte D). Los servicios indicados en la tabla de beneficios médicos están cubiertos solamente cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Los servicios que tienen cobertura de Medicare se deben prestar según las pautas de cobertura de Medicare.
- Los servicios que reciba (que incluyen cuidado, servicios, suministros y equipos médicos y medicamentos de la Parte B) **deben** ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad, y que cumplen los estándares aceptados del ejercicio de la medicina.
- Para nuevos miembros, su plan de cuidado coordinado de MA debe proporcionar un período mínimo de transición de 90 días, tiempo durante el cual el nuevo plan de MA no puede requerir preautorización para cualquier curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue por un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe cuidado de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que se trate de cuidado de urgencia o de emergencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le dio una referencia. Esto significa que usted le paga al proveedor la totalidad de los servicios fuera de la red que reciba.
- Usted tiene un proveedor de cuidado Primario (PCP) que proporciona y supervisa su cuidado. En la mayoría de las situaciones, el proveedor de cuidado primario debe darle su preaprobación antes de que usted consulte a otros proveedores de la red del plan. A esto se le llama una “referencia”.
- Algunos servicios que se indican en la tabla de beneficios médicos están cubiertos **solamente** si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra preaprobación (también conocida como preautorización). También hay algunos servicios que requieren que usted obtenga la aprobación directamente del Equipo de Cuidado de la Salud asignado.
  - Los servicios cubiertos que posiblemente requieren preaprobación se indican con dos cruces (††) en la tabla de beneficios médicos.
  - Los proveedores de la red han acordado, según contrato, obtener una preautorización de parte del plan.
  - Si su plan de cuidado coordinado proporciona la aprobación de una solicitud de preautorización para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante todo el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en el cuidado según los criterios de cobertura correspondientes, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otros puntos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre cuidado de la salud y medicamentos con receta. Medicaid cubre el costo compartido de los servicios de Medicare. Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como el cuidado a largo plazo y los servicios a domicilio y en la comunidad.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual **Medicare y Usted 2026**. El manual está disponible en Internet en es.Medicare.gov o puede pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227]. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)
- También cubrimos sin costo para usted esos servicios preventivos cubiertos sin costo en Medicare Original. Sin embargo, si durante la visita en la que recibe el servicio preventivo también recibe tratamiento o le observan debido a una enfermedad existente, se aplicará un copago al cuidado que usted recibió por la enfermedad existente.
- Si Medicare agrega cobertura de cualquier servicio nuevo durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Si usted se encuentra dentro del período de 6 meses de nuestro plan en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de participación, seguiremos propocionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage que correspondan. Sin embargo, durante este período, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que estén incluidos en el Plan de Medicaid del Estado, tampoco pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos que sean responsabilidad del estado.
- Usted no paga nada por los servicios que se indican en la tabla de beneficios médicos, siempre y cuando usted cumpla los requisitos de cobertura que se describen anteriormente.
  - Si le han diagnosticado alguna de las enfermedades crónicas que se indican a continuación y cumple con ciertos criterios, es posible que cumpla los requisitos para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
    - **Las enfermedades que califican son:** Diabetes mellitus (tipo 1 o tipo 2), enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, hipertensión crónica (presión arterial alta crónica), hiperlipidemia crónica (colesterol alto crónico), trastornos autoinmunitarios, cáncer, trastorno por consumo de alcohol crónico y otros trastornos por consumo de sustancias (substance use disorders, SUD), enfermedad gastrointestinal crónica, enfermedad renal crónica (chronic kidney disease, CKD), trastornos pulmonares crónicos, problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, demencia, VIH/SIDA, trastornos de inmunodeficiencia e inmunodepresores, Miastenia Grave/Disfunción Neuromuscular y Síndrome de Guillain-Barré/Neuropatía Tóxica e Inflamatoria, trastornos neurológicos, sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico, cuidado para después del trasplante de órganos, trastornos hematológicos graves, derrame cerebral, enfermedades relacionadas con deterioro cognitivo y enfermedades con desafíos funcionales y que requieren servicios similares.
    - Se determinará si cumple los requisitos después de que se inscriba en este plan. Validaremos que usted padece una o más de las enfermedades crónicas que califican según sus proveedores que proporcionan el tratamiento. Además, confirmaremos que usted cumple con criterios adicionales, como alto riesgo de hospitalización o

consecuencias graves para la salud, y que requiere coordinación de cuidados intensivos, como ayuda en el manejo de varios proveedores o medicamentos.

- Para obtener más información detallada, consulte la sección Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas en la tabla de beneficios médicos, a continuación.
- Comuníquese con nosotros para saber exactamente cuáles beneficios puede recibir.

Esta manzana muestra los servicios preventivos en la tabla de beneficios médicos.

Médicamente Necesario - significa servicios para el cuidado de la salud, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad o lesión que cumplen todos los siguientes criterios, según lo determinemos nosotros mismos o nuestros designados y a nuestro criterio exclusivo:

- Según los **Estándares generalmente aceptados de la práctica médica**.
- Son los más apropiados, en cuanto a su tipo, frecuencia, alcance, sitio y duración, y se consideran eficaces para tratar su enfermedad o lesión.
- No son principalmente para su conveniencia o la de su médico u otro proveedor de cuidado de la salud.
- Satisfacen, pero no exceden, su necesidad médica, son al menos tan beneficiosos como una alternativa médicamente apropiada existente y disponible, y se prestan de la manera más eficiente en costo pero de manera segura y eficaz.

Los **Estándares generalmente aceptados de la práctica médica** se basan en evidencia científica confiable publicada en literatura médica revisada por colegas, que son generalmente reconocidos por la comunidad médica pertinente y se basan principalmente en ensayos clínicos controlados o, si estos no están disponibles, en estudios de observación de más de una institución que sugieren una relación causal entre el servicio o el tratamiento y los resultados médicos.

Si no existe evidencia científica confiable, es posible que se tomen en cuenta los estándares basados en las recomendaciones de la asociación pertinente de especialistas médicos o los estándares profesionales del cuidado de la salud. Nos reservamos el derecho a consultar la opinión de expertos para determinar si los servicios para el cuidado de la salud son Médicamente Necesarios. La decisión de aplicar las recomendaciones de la asociación pertinente de especialistas médicos, la elección de expertos y la determinación de cuándo hacer uso de dicha opinión de expertos, quedará a nuestro criterio exclusivo.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía que se realiza una sola vez (una vez en la vida), con fines de detección, en personas con factores de riesgo. El plan cubre este examen de detección solo si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de un médico, un asistente médico, una enfermera especialista o una enfermera clínica especialista.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para este examen de detección preventivo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días realizadas por o bajo la supervisión directa de un médico (o de otro proveedor médico según se describe a continuación) están cubiertas en las siguientes circunstancias: Para este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: □Persistente por 12 semanas o más; □no específico, lo que significa que no tiene una causa sistémica identificable (por ejemplo, no asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.); □no asociado con una cirugía; y □no asociado con el embarazo. 8 sesiones adicionales estarán cubiertas para aquellos pacientes que muestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente. El tratamiento se debe discontinuar si el paciente no mejora o si empeora. **Por lo general, los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare no tienen cobertura cuando son proporcionados por un acupunturista o quiropráctico.** Requisitos del Proveedor: Los médicos (según se define en 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura según los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (physician assistant, PA), las enfermeras especialistas (nurse practitioner, NP) o los especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialist, CNS) (como se identifican en 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios para el cuidado primario o a los servicios de un médico especialista (según se indica en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico”) dependiendo de si recibe servicios de un médico de cuidado primario o de un especialista.[††] *Es posible que se requiera una referencia*.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
cumplen con todos los requisitos vigentes del estado y cuentan con: □ una maestría o un doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); y, □ una licencia válida, completa, actualizada y sin restricciones para practicar la acupuntura en un Estado, Territorio o Estado Libre Asociado (por ejemplo, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del District of Columbia. □ El beneficio no tiene cobertura cuando lo proporciona únicamente un acupunturista independiente. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, un asistente médico (PA), una enfermera especialista (NP) o un especialista en enfermería clínica (CNS) según lo requerido por Medicare. Los servicios de acupuntura prestados por los proveedores que no cumplen los requisitos de proveedores de acupuntura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no están cubiertos incluso en los sitios en donde no haya proveedores que cumplan los requisitos de CMS a su disposición.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare dentro de los Estados Unidos, sea o no una situación de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea, en avión o helicóptero, hasta el centro adecuado más cercano que pueda proporcionar el cuidado, si estos servicios los autoriza el plan o se prestan a un miembro cuya condición médica es tal que el uso de otros medios de transporte podría poner en peligro la salud de la persona. Si los servicios de ambulancia que tienen cobertura son para	$0 de copago por cada viaje terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare. $0 de copago por cada viaje aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare. Los servicios de ambulancia en situaciones que no son de emergencia no tienen cobertura fuera de la red.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
una situación que no es de emergencia, se debería documentar que la condición del miembro es tal que el uso de otros medios de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. Fuera de los Estados Unidos, nuestro beneficio de cobertura mundial de servicios para emergencias solo cubre el transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano dentro del país extranjero. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura, independientemente de que el transporte sea por ambulancia o algún otro método de transporte. Generalmente, usted tendrá que pagar el costo total de cualquier servicio de ambulancia en una situación de emergencia que reciba fuera de los Estados Unidos al momento de recibir los servicios y después tendrá que solicitar el reembolso de nosotros. Las solicitudes de pago que recibimos de intermediarios, empresas de administración de reclamos o facturadores externos por los servicios que usted recibió fuera de los Estados Unidos no son reembolsables.	*Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.*
Examen médico de rutina anual Incluye un examen médico completo y una evaluación del estado de enfermedades crónicas. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico o pruebas de diagnóstico no radiológicas. Como se indica en cada servicio incluido en esta Tabla de Beneficios Médicos, es posible que se aplique un costo compartido adicional a las pruebas de laboratorio o de diagnóstico que se realicen durante la visita. No es necesario programar las visitas del Examen Médico de Rutina Anual con una separación de 12 meses entre sí, pero el límite es de una visita por cada año calendario.	$0 de copago por un examen médico de rutina cada año.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Visita de bienestar anual Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una visita de bienestar anual para formular o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su estado de salud actual y en sus factores de riesgo. Tiene cobertura una vez cada 12 meses. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico o pruebas de diagnóstico no radiológicas. Como se indica en cada servicio incluido en esta Tabla de Beneficios Médicos, es posible que se aplique un costo compartido adicional a las pruebas de laboratorio o de diagnóstico que se realicen durante la visita. **Nota:** Su primera visita de bienestar anual tiene que realizarse al menos 12 meses después de su visita preventiva Bienvenido a Medicare. Sin embargo, si ha tenido la Parte B por 12 meses, no es necesario tener una visita Bienvenido a Medicare para que sus visitas de bienestar anuales tengan cobertura.	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.
Medición de masa ósea Las personas que califican (generalmente, esto significa personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis) tienen cobertura de los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar calidad ósea, además de la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de masa ósea cubierta por Medicare.
Examen de detección de cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: Una mamografía basal, de referencia, para mujeres entre los 35 y 39 años de edad	No hay coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
☐Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años de edad o mayores ☐Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios para la rehabilitación cardíaca, que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento, tienen cobertura para los miembros que cumplen ciertas condiciones y que cuentan con una referencia del médico. Nuestro plan también cubre programas para la rehabilitación cardíaca intensiva que generalmente son más rigurosos o intensos que los programas para la rehabilitación cardíaca.	$0 de copago por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.[††] *Se requiere una referencia*.
Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por año con su médico de cuidado primario para ayudarle a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede discutir el uso de aspirina (si fuera pertinente), revisar su presión arterial y darle consejos para comer sano.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo para enfermedades cardiovasculares.
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anormalidades asociadas con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares) cubiertos una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares que tienen cobertura una vez cada cinco años.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina Los servicios cubiertos incluyen: Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolau y los exámenes pélvicos tienen cobertura una vez cada 24 meses Tiene cobertura para una prueba de Papanicolau cada12 meses si está en alto riesgo de cáncer del cuello uterino o de la vagina, o si está en edad de procrear y ha tenido una prueba de Papanicolau anormal en los últimos 3 años Para mujeres asintomáticas entre los 30 y 65 años de edad: Prueba de detección de HPV una vez cada 5 años, cuando se realiza junto con la prueba de Papanicolau	No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de Papanicolau y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna vertebral están fuera de posición). La manipulación manual es un tratamiento en el que se aplica presión con las manos para mover suavemente las articulaciones y los tejidos. Cualquier servicio distinto a la manipulación manual para el tratamiento de una subluxación está excluido de la cobertura de Medicare, incluso: Terapia de mantenimiento. El tratamiento quiropráctico se considera terapia de mantenimiento cuando ya no se prevé que el cuidado continuo ofrezca mejoras clínicas y el tratamiento deja de ser correctivo y sirve solamente de apoyo.	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.[††]

Servicio cubierto	Lo que usted paga
☐Cargos adicionales cuando su quiropráctico usa un dispositivo manual para agregar presión controlada durante el tratamiento. ☐Radiografías, terapia de masaje y acupuntura (a menos que la acupuntura sea para el tratamiento del dolor lumbar crónico).	
Servicios para el manejo del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas, incluso los servicios para el manejo del dolor crónico y el plan de tratamiento Si usted tiene alguna enfermedad crónica grave y recibe servicios para el manejo del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas, su proveedor desarrolla un plan de cuidado integral mensual que indica sus problemas de salud y las metas, proveedores, medicamentos y servicios comunitarios que usted tiene y necesita, así como otra información sobre su salud. Su proveedor también coordina su cuidado cuando usted cambia de un centro de cuidado de la salud a otro.	Para su plan mensual para el manejo del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas, usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios para el cuidado primario o a los servicios de un médico especialista (según se indica en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico”) según el tipo de proveedor que desarrolló su plan.[††] *Es posible que se requiera una referencia*. Para cualquier cuidado que recomiende su plan, usted pagará el costo compartido correspondiente. Los servicios que recomienden los planes para el manejo del dolor crónico pueden incluir (entre otros) servicios para el cuidado primario, servicios de médicos especialistas, fisioterapia,

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	terapia ocupacional, análisis de laboratorio o pruebas de diagnóstico, o medicamentos con receta (según se indica en "Servicios de un médico/ profesional, incluidas las visitas al consultorio médico", "Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios", "Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios" o "Medicamentos de la Parte B de Medicare", o consulte el Capítulo 6 para ver lo que paga por los medicamentos de la Parte D correspondientes).[††] *Es posible que se requiera una referencia*.
Servicios quiroprácticos de rutina Cubrimos 12 visitas de quiropráctica de rutina cada año. Este beneficio es adicional al beneficio de servicios quiroprácticos cubierto por Medicare indicado anteriormente. Los servicios cubiertos incluyen las visitas de rutina para el tratamiento del dolor neurálgico, muscular u óseo y de náuseas. No se requiere una referencia. Este beneficio no cubre el tratamiento de cualquier otra condición no relacionada con el alivio del dolor.	$0 de copago

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Puede obtener más información consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en myUHC.com/CommunityPlan o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	
Examen de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: La colonoscopia no tiene limitaciones de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no están en alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal y una vez cada 24 meses para pacientes que están en alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. La colonografía por tomografía computarizada para pacientes mayores de 45 años que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal tiene cobertura siempre que hayan pasado, por lo menos, 59 meses desde el mes en el cual se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o que hayan pasado 47 meses desde el mes en el cual se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o la colonoscopia de detección. Para pacientes que están en alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede hacer el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado, por lo menos, 23 meses desde el mes en el cual se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.	No hay coseguro, copago ni deducible por el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico detecta y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en una colonoscopia de diagnóstico para pacientes ambulatorios.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no están en alto riesgo después de que el paciente se haya realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes que están en alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. Análisis de detección de sangre oculta en la materia fecal para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. Prueba multidirigida de ADN en heces fecales para pacientes entre 45 y 85 años de edad y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. Pruebas Biomarcadoras que se basan en el análisis de la sangre para pacientes entre 45 y 85 años de edad y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba no invasiva de las heces fecales para detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección programada o una colonoscopia de detección programada que implique la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que las pruebas de detección.	
Colonoscopia de diagnóstico para pacientes ambulatorios	No hay coseguro, copago ni deducible por cada

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare.[††] *Se requiere una referencia*.
Servicios dentales Por regla general, Medicare Original no cubre los servicios dentales preventivos (por ejemplo, limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales). Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para la radioterapia para el cáncer que afecte la mandíbula o exámenes bucales previos al trasplante de órganos.	$0 de copago por los servicios dentales cubiertos por Medicare.[††]
Beneficios dentales de rutina Puede obtener más información sobre este beneficio consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en myUHC.com/CommunityPlan o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	Usted tiene cobertura para beneficios dentales de rutina. Para obtener más información, consulte la descripción de los beneficios dentales de rutina al final de esta tabla.*[††]
Evaluación de depresión Cubrimos una evaluación por año para el diagnóstico de la depresión. La evaluación debe hacerse en un centro de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.	No hay coseguro, copago ni deducible por una visita anual para evaluación de depresión.
Pruebas de detección de la diabetes	No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cubrimos estas pruebas de detección (que incluyen las pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o un historial de un alto nivel de azúcar en la sangre (glucosa). Es posible que estas pruebas también tengan cobertura si usted cumple otros requisitos, como por ejemplo, tener exceso de peso o un historial familiar de diabetes. Usted podría cumplir los requisitos para realizarse hasta 2 pruebas de detección de la diabetes, cada año del plan, después de la fecha de su última prueba de detección de la diabetes.	detección de la diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (independientemente de que usen o no insulina). Los servicios cubiertos incluyen:	
☐Suministros para medir el nivel de glucosa en la sangre: medidores continuos de glucosa (continuous glucose monitor, CGM), medidores de glucosa en la sangre (blood glucose monitor, BGM), tiras para medir la glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de los medidores y las tiras para medir la glucosa.	$0 de copago por cada medidor continuo de glucosa (CGM) y sus suministros cubiertos por Medicare con una preautorización aprobada. No existen limitaciones de marcas para los medidores continuos de glucosa.[††]
☐Puede obtener ciertos medidores continuos de glucosa en su farmacia, y todos están disponibles a través de un proveedor de equipo médico duradero por el mismo costo. Si tiene diabetes Tipo 1, usted no necesita preautorización. Para la diabetes Tipo 2 y otras enfermedades, usted necesitará una preautorización	$0 de copago por cada medidor de glucosa en la sangre (BGM) cubierto por Medicare.[††]

Servicio cubierto	Lo que usted paga
para los medidores continuos de glucosa de un proveedor de equipo médico duradero. Las preautorizaciones para medidores continuos de glucosa y suministros están aprobadas por 12 meses. O puede obtener ciertos medidores continuos de glucosa en una farmacia, sin preautorización si su historial de reclamos incluye insulina o cualquier tipo de partes de un dispositivo de medidor continuo de glucosa (por ejemplo, sensores, transmisores). Para obtener información detallada sobre los requisitos de medidores continuos de glucosa de Medicare, visite es.medicare.gov/coverage/therapeutic-continuous-glucose-monitors. Cubrimos los medidores de glucosa en la sangre (BGM) y las tiras para medir la glucosa indicados en esta lista. Por lo general, no cubrimos otras marcas de medidores de glucosa en la sangre (BGM) a menos que su proveedor nos indique que es médicamente necesario. Si es nuevo en el plan y usa una marca que no está en nuestra lista, usted puede solicitar un suministro temporal dentro de los primeros 90 días de su inscripción mientras habla con su proveedor. Puede ayudarle a decidir si alguna de las marcas preferidas le surte efecto. Si usted o su proveedor creen que es médicamente necesario que siga usando una marca distinta, usted puede solicitar una excepción de cobertura para tenerlo cubierto durante el resto del año del plan. Después de los primeros 90 días de su inscripción, los productos no preferidos estarán cubiertos solamente con una excepción aprobada. Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre la marca o el producto	Para medidores de glucosa en la sangre (BGM), cubrimos solamente las marcas Contour® y Accu-Chek®. Nuestro plan no cubre otras marcas de medidores de glucosa en la sangre (BGM). Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: Contour Plus Blue, Contour Next EZ, Contour Next Gen, Contour Next One, Accu-Chek Guide Me y Accu-Chek Guide. Tiras para medir la glucosa: Contour, Contour Plus, Contour Next, Accu-Chek Guide y Accu-Chek Aviva Plus. Para saber el costo compartido de insulina y jeringas, consulte el Capítulo 6.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
apropiado para su condición. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9.)	
Para personas con diabetes que tienen una enfermedad grave de pie diabético: Un par por cada año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluye las plantillas que vienen con los zapatos) y 2 pares de plantillas adicionales, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles estándar que vienen con esos zapatos). La cobertura incluye el ajuste.	$0 de copago por cada par de zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare.††
La capacitación para el automanejo de la diabetes tiene cobertura bajo ciertas condiciones. Limitada a 20 visitas de 30 minutos por año, lo que equivale a un máximo de 10 horas en el primer año. La capacitación de seguimiento en los años subsiguientes está limitada a 4 visitas de 30 minutos, lo que equivale a un máximo de 2 horas por año.	$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12, y el Capítulo 3)	$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.††
Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.	Su costo compartido por la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es $0 de copago, cada vez que usted reciba equipo o suministros cubiertos.††
Cubrimos todo equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) que sea médicamente necesario y que tenga cobertura de Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no vende una marca o fabricante específicos, puede pedirle si haría un pedido especial para usted. La	Su costo compartido no cambiará después de que esté inscrito por 36 meses.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
lista de proveedores más actualizada se encuentra en nuestro sitio web en myUHC.com/CommunityPlan.	Si pagó 36 meses de alquiler por la cobertura de equipo de oxígeno antes de inscribirse en nuestro plan, su costo compartido en nuestro plan es $0 de copago.[††]
Cuidado de emergencia El cuidado de emergencia se refiere a los servicios que son: □Prestados por un proveedor calificado para prestar servicios para emergencias, y □Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica se da cuando usted, o cualquier persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si se trata de una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la funcionalidad de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente. Dentro de los Estados Unidos, el costo compartido por los servicios necesarios para emergencias que usted recibe fuera de la red es el mismo que para los servicios que recibe dentro de la red.	Dentro de los Estados Unidos: $0 de copago por cada visita a la sala de emergencias. Usted no paga esta cantidad si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas por la misma condición. Si es admitido en un hospital, usted pagará el costo compartido que se indica en la sección “Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados” de esta tabla de beneficios. Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y si, después de la estabilización de su condición de emergencia, necesita cuidado como paciente hospitalizado, debe cambiarse a un hospital de la red para que su cuidado siga teniendo cobertura. De otra manera, su cuidado como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red debe ser autorizado por nuestro plan y su

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	costo es el costo compartido que usted pagaría en un hospital de la red.
Cobertura mundial de servicios para emergencias prestados en departamentos de emergencias fuera de los Estados Unidos: - Esto incluye el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en ambulancia de emergencia solamente desde el sitio de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. - El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura, independientemente de que el transporte sea por ambulancia o algún otro método de transporte. - Todos los servicios preprogramados, citas programadas, tratamientos planificados de antemano (incluso diálisis para una condición continua) y los procedimientos electivos no tienen cobertura fuera de los Estados Unidos, incluso si esos servicios están relacionados con una emergencia previa. - Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura. - Las tarifas de acceso a proveedores, las tarifas de citas y las tarifas administrativas no están cubiertas. - Generalmente, usted tendrá que pagar el costo total de los servicios para emergencias que reciba fuera de los Estados Unidos al momento de recibirlos y después solicitará el reembolso de nosotros. Las solicitudes de pago que recibimos de intermediarios, empresas de administración de reclamos o facturadores externos por los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos no son reembolsables.	Fuera de los Estados Unidos: $0 de copago por cobertura mundial de servicios para emergencias fuera de los Estados Unidos. En la mayoría de los casos, usted pagará por adelantado al proveedor extranjero por el servicio y solicitará el reembolso. Consulte la Sección 1.1 del Capítulo 7 para todo lo relacionado con el reembolso de gastos por servicios para emergencias mundiales.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Programa de acondicionamiento físico Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su domicilio o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo e incluye: - Membresía gratuita a gimnasios en los sitios principales y de primera categoría - Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios - Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet - Actividades para ejercitar la memoria por Internet Consulte la Sección 15 del Capítulo 11 para conocer los términos y las condiciones de cobertura del programa de acondicionamiento físico. Puede obtener más información consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en myUHC.com/CommunityPlan o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	$0 de copago Un kit para hacer ejercicios con entrega a domicilio está disponible si vive a 15 millas o más de un gimnasio o centro de acondicionamiento físico de la red. La cobertura se limita a sitios dentro de la red solamente.
Servicios para la audición Las evaluaciones diagnósticas de la audición y del equilibrio que realice su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado para pacientes ambulatorios si las recibe de parte de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare.[††]
Servicios para la audición - examen de audición de rutina Cubrimos 1 examen de audición cada año.	$0 de copago

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para la audición - aparatos auditivos A través de UnitedHealthcare Hearing, puede elegir de una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y aparatos auditivos con receta. Esto incluye fabricantes de marca, así como Relate®, la marca propia de UnitedHealthcare Hearing que ofrece aparatos auditivos económicos y de alta calidad con una variedad de opciones tecnológicas y funciones útiles. Los aparatos auditivos se pueden adaptar en persona con un proveedor de la red o se pueden entregar directamente a su domicilio (solamente productos selectos). Este beneficio se limita a 2 aparatos auditivos cada 2 años. Los accesorios para aparatos auditivos, las baterías adicionales y servicios opcionales están disponibles a la venta, pero no están cubiertos por el plan. Puede obtener más información consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en myUHC.com/CommunityPlan o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa. Los aparatos auditivos que se compren fuera de UnitedHealthcare Hearing no tienen cobertura.	Proporcionado por: UnitedHealthcare Hearing La asignación para aparatos auditivos es de $2,500 Comuníquese con UnitedHealthcare Hearing para acceder a los beneficios de aparatos auditivos y ponerse en contacto con un proveedor de la red. Usted debe obtener una preautorización de UnitedHealthcare Hearing. Se pueden aplicar cargos adicionales por las visitas de seguimiento opcionales. Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Hearing (solamente productos selectos). Los aparatos auditivos que se compren fuera de UnitedHealthcare Hearing no tienen cobertura.
Prueba de detección del VIH	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para

Servicio cubierto	Lo que usted paga
En el caso de personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: □Una prueba de detección cada 12 meses Si está embarazada, cubrimos: □Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo	la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.
Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio Antes de recibir servicios de asistencia médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios e indicará que se los preste una agencia de asistencia médica a domicilio. Usted debe estar recluido en su domicilio, lo que significa que salir de su casa implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: □Servicios intermitentes, o de tiempo parcial, de cuidado de enfermería especializada o de un auxiliar de asistencia médica a domicilio (para tener cobertura mediante el beneficio de cuidado de asistencia médica a domicilio, sus servicios combinados de cuidado de enfermería especializada y del auxiliar de asistencia médica a domicilio deben sumar un total de menos de 8 horas por cada día y 35 horas por cada semana) □Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla □Servicios médicos y sociales □Equipo y suministros médicos	$0 de copago por todas las visitas de asistencia médica a domicilio proporcionadas por una agencia de asistencia médica a domicilio de la red, siempre y cuando se cumplan los criterios de Medicare.[††] Se pueden aplicar otros copagos o coseguros (Consulte la sección Equipo médico duradero y suministros relacionados para saber los copagos o coseguros correspondientes). *Se requiere una referencia*.
Terapia de infusión a domicilio La terapia de infusión a domicilio implica la administración por vía intravenosa o subcutánea de medicamentos o de productos biológicos a una persona en su domicilio. Los	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios para el cuidado primario, a los servicios de un médico especialista o a

Servicio cubierto	Lo que usted paga
componentes necesarios para realizar una infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: □Los servicios profesionales, incluso servicios de enfermería, prestados según nuestro plan de cuidado □La capacitación y educación del paciente que, de otra manera, no están cubiertos mediante el beneficio de equipo médico duradero □Monitoreo remoto □Los servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y los medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio	asistencia médica a domicilio (según se indica en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o “Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio”) según el lugar donde usted recibió la administración o los servicios de monitoreo.[††] *Es posible que se requiera una referencia*. Consulte “Equipo médico duradero” anteriormente en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a equipo y suministros relacionados con la terapia de infusión a domicilio.[††] Consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” más adelante en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a los medicamentos relacionados con la terapia de infusión a domicilio.[††] Consulte el Capítulo 6 para ver los costos compartidos correspondientes a los medicamentos de la Parte D

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	relacionados con la terapia de infusión a domicilio.
Cuidados para enfermos terminales Usted cumple los requisitos para recibir el beneficio de cuidados para enfermos terminales cuando su médico y el director médico de cuidados para enfermos terminales le han dado un pronóstico terminal certificando que tiene una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 6 meses o menos si su enfermedad sigue su curso normal. Usted puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare. Nuestro plan tiene la obligación de ayudarle a buscar programas de cuidados para enfermos terminales certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluso los programas que poseemos, tenemos el control o en los que tenemos un interés financiero. Su proveedor de cuidados para enfermos terminales puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor Relevo del cuidador a corto plazo Cuidado a domicilio Cuando usted es admitido en un centro de cuidados para enfermos terminales, tiene derecho a seguir en su plan; si decide seguir en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. **Si se trata de servicios de cuidados para enfermos terminales o servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal:** Medicare Original (en vez de nuestro plan) pagará al proveedor de cuidados para enfermos terminales por sus	Cuando se inscribe en un programa de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare, sus servicios de cuidados para enfermos terminales y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
servicios de cuidados para enfermos terminales y todos los demás servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras usted sea parte de un programa de cuidados para enfermos terminales, su proveedor de cuidados para enfermos terminales facturará a Medicare Original los servicios que le corresponde pagar a Medicare Original. Se le facturará a usted el costo compartido de Medicare Original. **Si se trata de servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare no relacionados con su pronóstico terminal:** Si necesita servicios que no son de emergencia ni requeridos de urgencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si usted usa o no un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe un requisito para obtener una preautorización): Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para recibir los servicios, usted solo paga el costo compartido de nuestro plan por servicios dentro de la red Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido correspondiente a Medicare Original **Si se trata de servicios cubiertos por UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:** UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) seguirá cubriendo los servicios con cobertura del plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, independientemente de que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el costo compartido de nuestro plan para estos servicios. **Si se trata de medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:**	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Si estos medicamentos no están relacionados con los cuidados para enfermos terminales de su enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con los cuidados para enfermos terminales de su enfermedad terminal, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de cuidados para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5. **Nota:** Si necesita cuidados que no son para enfermos terminales (cuidados que no están relacionados con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para hacer los arreglos necesarios. Recibir cuidados que no son cuidados para enfermos terminales a través de los proveedores de nuestra red reducirá su parte de los costos por dichos servicios.	
Vacunas Entre los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare se incluyen: Vacunas contra la pulmonía Vacunas (o inyecciones) antigripales/contra la influenza, una vez durante la temporada de gripe/influenza en el otoño y el invierno, con vacunas (o inyecciones) antigripales/contra la influenza adicionales si son médicamente necesarias Vacunas contra la hepatitis B, si usted está en riesgo alto o intermedio de contraer la hepatitis B Vacunas contra la COVID-19 Otras vacunas, si usted está en riesgo y dichas vacunas cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare	No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la pulmonía, las vacunas antigripales, las vacunas contra la hepatitis B o las vacunas contra la COVID-19. No hay coseguro, copago ni deducible por todas las demás vacunas cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos mediante nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, como vacunas contra el herpes zóster o el virus respiratorio sincitial (respiratory syncytial virus, RSV). Para obtener más información, consulte el Capítulo 6.	
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados Incluye cuidado de casos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados se inicia el día que usted es formalmente admitido en el hospital con una indicación del médico. El día anterior al día en que se le da de alta es su último día como paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: ☐Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario) ☐Comidas, incluso dietas especiales ☐Servicios de enfermería normales ☐Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, de cuidados intensivos o cuidado coronario) ☐Medicamentos y principios activos ☐Análisis de laboratorio ☐Radiografías y otros servicios de radiología ☐Suministros médicos y quirúrgicos necesarios ☐Uso de aparatos, como sillas de ruedas ☐Costos del quirófano y la sala de recuperación ☐Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje ☐En ciertos casos, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, renal-pancreático,	$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare, por un número ilimitado de días, cada vez que usted es admitido. †† *Se requiere una referencia*. Si usted obtiene autorización para recibir cuidado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de la estabilización de su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que usted pagaría en un hospital de la red. No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el Capítulo 12.) Para el cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados, el costo compartido indicado anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital. Una transferencia a otro tipo de centro (por ejemplo, un Hospital de

Servicio cubierto	Lo que usted paga
corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. El plan cuenta con una red de centros donde se realizan trasplantes de órganos. La red de hospitales del plan que prestan servicios para trasplantes de órganos es distinta de la red que aparece en la sección 'Hospitales' de su directorio de proveedores. Algunos hospitales dentro de la red del plan que prestan otros servicios médicos no están en la red del plan para prestar servicios para trasplantes. Para obtener información sobre los centros de la red que prestan servicios para trasplantes, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) al 1-866-842-4968, TTY 711. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos necesarios para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios para trasplantes dentro de la red no son parte de los centros que realizan trasplantes en su comunidad, usted puede elegir proveedores de trasplantes locales, siempre y cuando los proveedores de trasplantes acepten la tarifa de Medicare Original. Si UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) presta servicios para trasplantes en un sitio que no es parte de los centros que realizan trasplantes en su comunidad y usted decidió recibir trasplantes en ese sitio distante, haremos los arreglos necesarios o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. Consulte la Sección 4 del Capítulo 4, "Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)" para obtener más información detallada.	Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados o un Hospital de Cuidado a Largo Plazo) se considera una nueva admisión. Por cada estadía en el hospital como paciente hospitalizado, usted tiene cobertura por un número ilimitado de días, siempre y cuando la estadía en el hospital esté cubierta según las reglas del plan.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
☐Sangre - incluso su almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. ☐Servicios de un médico **Nota:** Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una indicación por escrito para que su admisión sea formalmente aceptada. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que se le considere un "paciente ambulatorio". A esto se le llama estadía en "observación para pacientes ambulatorios". Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare "Beneficios hospitalarios de Medicare". Esta hoja de datos está disponible en medicare.gov/publications/11435-S-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	Los costos compartidos de la observación para pacientes ambulatorios se explican en la sección Cirugía ambulatoria y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen: ☐Servicios para el cuidado de la salud mental que requieren una estadía en el hospital. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. ☐Servicios para trastornos por consumo de sustancias como paciente hospitalizado	$0 de copago, por hasta 90 días por cada período de beneficios, además de 60 días adicionales de reserva de por vida.[††] Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se usan para determinar el número total de días cubiertos para el cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados. (La definición de períodos de

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	beneficios se encuentra en el Capítulo 12.) Sin embargo, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital, incluso si es admitido varias veces dentro de un período de beneficios.
Estadía como paciente hospitalizado: servicios cubiertos que recibe en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía como paciente hospitalizado sin cobertura Si ha usado sus beneficios de hospitalización, o si la estadía como paciente hospitalizado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado. En ciertos casos, cubriremos ciertos servicios que usted reciba mientras está en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	Cuando su estadía deja de estar cubierta, estos servicios se cubrirán según se indica en las secciones siguientes:
☐Servicios de un médico	Consulte a continuación la sección Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico.
☐Exámenes de diagnóstico (como pruebas de laboratorio)	Consulte más abajo, Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.
☐Radioterapia con rayos x y radioisótopos, incluso materiales y servicios técnicos	Consulte a continuación la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	terapéuticos para pacientes ambulatorios.
Vendajes quirúrgicos Férulas, yesos y otros mecanismos para inmovilizar y alinear los huesos debido a fracturas y dislocaciones	Consulte a continuación la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.
Aparatos de prótesis y ortesis (que no sean dentales) que reemplazan, de manera total o parcial, un órgano interno del cuerpo (incluso el tejido adyacente) o la funcionalidad de un órgano interno del cuerpo que, de manera permanente, no funciona o lo hace de manera inadecuada (incluye el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos)	Consulte a continuación la sección prótesis y ortesis y suministros relacionados.
Abrazaderas ortopédicas para piernas, brazos, espalda y cuello; cinturones quirúrgicos, y piernas, brazos y ojos artificiales. Incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente	Consulte a continuación la sección prótesis y ortesis y suministros relacionados.
Fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional	Consulte a continuación la sección Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Beneficio de comidas Este beneficio se puede usar inmediatamente después de una estadía cubierta en el hospital como paciente hospitalizado o en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). Pautas de beneficios: Reciba hasta 28 comidas entregadas a su domicilio durante un plazo de hasta 14 días Es posible que la primera comida sea entregada hasta 72 horas después de pedirla Las referencias se deben realizar en un plazo no mayor de 30 días calendario después del alta Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.	$0 de copago Se requiere preautorización. El programa de entrega de comida a domicilio está disponible en todo el país.
Terapia de nutrición clínica Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (pero que no reciben diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando su médico lo indica. Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento en persona durante el primer año que usted recibe servicios de terapia de nutrición clínica mediante Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas cada año, después del primer año. Si hay cambios en su condición, tratamiento o diagnóstico, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento si cuenta con la indicación de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y debe renovar la indicación anualmente si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para recibir servicios de terapia de nutrición clínica cubiertos por Medicare.
Programa para la prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del programa MDPP.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Los servicios del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) tienen cobertura para las personas que cumplen los requisitos en todos los planes de salud de Medicare. El programa para la prevención de la diabetes de Medicare es una intervención estructurada de cambio de comportamiento relacionado con la salud. Ofrece capacitación práctica para cambiar hábitos alimenticios a largo plazo, aumentar el nivel de actividad física y adoptar estrategias para resolver problemas y superar desafíos para mantener la pérdida de peso y llevar un estilo de vida saludable.	
Medicamentos de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos mediante la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan obtienen la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: □Medicamentos que generalmente el paciente no se autoadministra, sino que se inyectan o se administran mediante infusión cuando recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria □Insulina proporcionada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) □Otros medicamentos autorizados por nuestro plan que usted toma mediante equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) □El medicamento contra la enfermedad de Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos	$0 de copago por cada medicamento para quimioterapia cubierto por Medicare y por la administración de ese medicamento.[††] $0 de copago por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare.[††] Además, por la administración de ese medicamento, usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según se indica en “Servicios de un médico/ profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o en

Servicio cubierto	Lo que usted paga
de los medicamentos, es posible que usted necesite tomografías y exámenes adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué tipo de tomografía y exámenes puede necesitar como parte de su tratamiento Factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia Trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órganos. Usted debe contar con la Parte A al momento del trasplante cubierto, y debe contar con la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está recluido en su domicilio, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y si no puede autoadministrarse el medicamento Algunos Antígenos (para inyecciones contra alergias): Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida	“Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios) según el lugar donde recibió la administración del medicamento o los servicios de infusión.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre □Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que se usan como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en un plazo no mayor de 48 horas a partir de la quimioterapia o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas □Ciertos medicamentos orales para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare □Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato en el sistema de pago para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® □Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos □Medicamentos estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o Methoxy polyethylene glicol-epoetin beta) □Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades por inmunodeficiencia primaria	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
☐Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) ☐Medicamentos para Quimioterapia y la administración de medicamentos para quimioterapia También cubrimos algunas vacunas mediante nuestro beneficio de medicamentos de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos mediante nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluso las reglas que debe seguir para que sus medicamentos con receta tengan cobertura. El Capítulo 6 explica lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan.	
Evaluación diagnóstica de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de cuidado primario, donde pueda coordinarse con su plan preventivo integral. Hable con su médico de cuidado primario o con un profesional para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para la evaluación diagnóstica preventiva de la obesidad y la terapia.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios del programa de tratamiento relacionado con opioides Los miembros de nuestro plan con trastornos por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar trastornos por consumo de opioides mediante un Programa de Tratamiento Relacionado con Opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: □Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) agonistas y antagonistas de los opioides que estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos. □Suministro y administración de los medicamentos mediante el tratamiento asistido con medicamentos (si corresponde) □Asesoramiento relacionado con el consumo de sustancias □Terapia individual y de grupo □Pruebas toxicológicas □Actividades de admisión □Evaluaciones periódicas	$0 de copago por los servicios del programa de tratamiento relacionado con opioides cubiertos por Medicare.[††]
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	
□Radiografías	$0 de copago por cada servicio de radiografía estándar cubierto por Medicare.[††]

Servicio cubierto	Lo que usted paga
☐Radioterapia (con radioisótopos), incluso materiales y suministros del técnico	$0 de copago por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare.††
☐Suministros quirúrgicos, como vendajes ☐Férulas, yesos y otros mecanismos para inmovilizar y alinear los huesos debido a fracturas y dislocaciones Nota: No hay ningún cargo aparte por los suministros médicos que se usan de rutina en una visita al consultorio y que se incluyen en los cargos del proveedor por la visita (por ejemplo, vendajes, hisopos de algodón y otros suministros de rutina). Sin embargo, los suministros por los que los proveedores cobran un cargo aparte correspondiente (por ejemplo, agentes químicos utilizados en ciertos procedimientos de diagnóstico) están sujetos a los costos compartidos que se indican.	$0 de copago por cada suministro médico cubierto por Medicare.††
☐Pruebas de laboratorio	$0 de copago por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.††

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Sangre - incluso su almacenamiento y administración (esto significa la preparación y el manejo de sangre). La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Además, por la administración de infusión de sangre, usted pagará el costo compartido según se indica en las siguientes secciones de esta tabla. Este costo depende de dónde haya recibido los servicios de infusión: Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico Cirugía ambulatoria y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria	$0 de copago por los servicios relacionados con la sangre cubiertos por Medicare.[††]
Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios - servicios de diagnóstico no radiológicos	$0 de copago por los servicios de diagnóstico no radiológicos cubiertos por Medicare.[††] Entre otros servicios, se incluye: electrocardiogramas (EKG), pruebas de la función respiratoria, estudios del sueño realizados en el domicilio o en el laboratorio y pruebas de esfuerzo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico no de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), imágenes por resonancia magnética (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET), si las indica su médico u otro proveedor de cuidado de la salud para tratar un problema médico Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios - servicios de radiodiagnóstico, sin incluir radiografías	$0 de copago por los servicios de radiodiagnóstico cubiertos por Medicare, sin incluir radiografías.[††] Los servicios de radiodiagnóstico requieren equipo más especializado que el equipo para radiografías estándar y deben ser prestados por personal certificado o especialmente capacitado. Entre otros servicios, se incluye: tomografías especializadas, tomografía computarizada (CT), tomografía computarizada por emisión monofotónica (SPECT), tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografía por resonancia magnética (MRA), estudios nucleares, ecografías, mamografías de diagnóstico y procedimientos radiológicos de intervención (mielografías, cistografías, angiogramas y estudios con disolución de bario).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se prestan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si se le da de alta. Para que tengan cobertura los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son prestados por la indicación de un médico o de otro profesional autorizado por la ley de concesión de licencias del estado y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes al hospital o indicar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una indicación para admitirle como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará el costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregúnteselo al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos Beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja de datos está disponible en medicare.gov/publications/11435-S-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	Los costos compartidos de la observación para pacientes ambulatorios se explican en la sección Cirugía ambulatoria y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios de diagnóstico o de tratamiento de una enfermedad o lesión que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	
Servicios en un departamento de emergencias	Consulte la sección Cuidado de Emergencia.
Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital	Consulte la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.
Cuidado de salud mental, incluso cuidados en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin ellos, sería necesario el tratamiento como paciente hospitalizado	Consulte la sección Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios.
Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital	Consulte la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.
Suministros médicos, por ejemplo férulas y yesos	Consulte la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.
Ciertos exámenes de detección y servicios preventivos	Consulte los beneficios precedidos por el símbolo de una “manzana”.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Ciertos medicamentos y sustancias biológicas que usted no puede administrarse a sí mismo (Nota: Los medicamentos autoadministrados en un hospital para pacientes ambulatorios generalmente no están cubiertos mediante su beneficio de medicamentos con receta de la Parte B. En ciertas circunstancias, es posible que estén cubiertos mediante su beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. Para obtener más información sobre las solicitudes de pago de la Parte D, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.)	Consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.
Servicios realizados en una clínica para pacientes ambulatorios	Consulte la sección Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico.
Observación o cirugía para pacientes ambulatorios	Consulte la sección Cirugía ambulatoria y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.
Terapia de infusión para pacientes ambulatorios Si se trata del medicamento que se administra mediante infusión, a usted le corresponde pagar el costo compartido que se indica en “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla de beneficios. Además, por la administración de ese medicamento, usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según se indica en “Servicios de un médico/	Consulte las secciones Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare y Servicios de un médico/ profesional, incluidas las visitas al consultorio médico o Cirugía ambulatoria y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para

Servicio cubierto	Lo que usted paga
profesional, incluidas las visitas al consultorio médico" o en "Cirugía ambulatoria y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria" en esta tabla de beneficios) según el lugar donde recibió la administración del medicamento o los servicios de infusión.	pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.
Nota: A menos que el proveedor haya emitido una indicación para admitirle como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará el costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que se le considere un "paciente ambulatorio". A esto se le llama estadía en "observación para pacientes ambulatorios". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregúnteselo al personal del hospital.	Los costos compartidos de la observación para pacientes ambulatorios se explican en la sección Cirugía ambulatoria y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.
Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico con licencia del estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, asesor profesional con licencia (licensed professional counselor, LPC), terapeuta en terapia matrimonial y familiar con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT), enfermera especialista (nurse practitioner, NP), asistente médico (physician assistant, PA) u otro profesional de cuidado de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes vigentes del estado.	$0 de copago por cada sesión de terapia **individual** cubierta por Medicare.[††] $0 de copago por cada sesión de terapia de **grupo** cubierta por Medicare.[††]
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.	$0 de copago por cada visita de fisioterapia y de terapia del

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en diversos centros para pacientes ambulatorios; por ejemplo, el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, consultorios de médicos y Centros para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF).	habla y del lenguaje cubierta por Medicare.[††] *Se requiere una referencia*. $0 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.[††] *Se requiere una referencia*.
Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias Tratamiento y asesoramiento para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias.	$0 de copago por cada sesión de terapia **individual** cubierta por Medicare.[††] $0 de copago por cada sesión de terapia de **grupo** cubierta por Medicare.[††]
Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria **Nota:** Si se le va a realizar una cirugía en un centro hospitalario, debe preguntarle a su proveedor si será considerado paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una indicación para admitirle como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará el costo compartido de la cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que se le considere un “paciente ambulatorio”. A esto se le llama estadía en “Observación para Pacientes Ambulatorios”. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregúnteselo a su médico o al personal del hospital. Si recibe algún servicio o artículo que no sea una cirugía, es posible que exista un costo compartido adicional por dichos servicios o artículos, que incluyen, entre otros, pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos, prótesis, ortesis,	$0 de copago por una cirugía u otros servicios cubiertos por Medicare que usted reciba en un centro de cirugía ambulatoria, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital u otros cargos del centro y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.[††] *Se requiere una referencia*. $0 de copago por una cirugía u otros servicios cubiertos por Medicare que usted reciba en un hospital para pacientes ambulatorios, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital u otros cargos del

Servicio cubierto	Lo que usted paga
suministros o medicamentos de la Parte B. Para saber los costos compartidos específicos que debe pagar, consulte en esta tabla la sección correspondiente a los servicios o artículos adicionales que haya recibido. Consulte “Examen de detección de cáncer colorrectal” anteriormente en esta tabla para obtener información sobre los beneficios del examen y la colonoscopia de diagnóstico.	centro y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.[††] *Se requiere una referencia*. Los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que pueden prestarse en un centro de cirugía ambulatoria disponible deben ser prestados en un centro de cirugía ambulatoria a menos que sea médicamente necesario prestarlos en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital. $0 de copago por cada día de servicios de observación cubiertos por Medicare que usted reciba en un hospital para pacientes ambulatorios, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital u otros cargos del centro y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.[††] *Se requiere una referencia*.
Crédito para productos de venta sin receta (OTC) Con este beneficio, usted recibirá un crédito cargado a su UCard cada mes para comprar artículos de venta sin receta cubiertos. El crédito no utilizado vence al final de cada mes.	El crédito mensual es de $349

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Los artículos cubiertos incluyen productos de venta sin receta de marca y genéricos, como vitaminas, analgésicos, toallitas para el control de la incontinencia urinaria y productos de primeros auxilios. El crédito no puede usarse para la compra de tabaco o alcohol.	
Dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño También puede usar su crédito para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) en dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño cubiertos, por ejemplo, alfombras antideslizantes para la bañera, las barras de agarre y las sillas para la ducha.	Cantidad combinada con el crédito para productos de venta sin receta
Equipo de acondicionamiento físico Puede usar su crédito para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) en equipos de acondicionamiento físico cubiertos, como esterillas para acondicionamiento físico, máquinas de ejercicio o pesas de mano, y dispositivos portátiles o dispositivos que registran sus actividades físicas.	Cantidad combinada con el crédito para productos de venta sin receta
Servicios de apoyo También puede usar su crédito para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) en servicios de apoyo a domicilio cubiertos, como relevo del cuidador, cuidado no especializado a domicilio y servicios de control de peso.	Cantidad combinada con el crédito para productos de venta sin receta

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Alimentos saludables y facturas de servicios públicos - Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI) Si usted califica, se incluirán los alimentos saludables y facturas de servicios públicos como parte de su credito para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) que vence cada mes. Después de que se inscriba en este plan, se determinará si cumple los requisitos para alimentos saludables y facturas de servicios públicos Usted debe tener al menos una de las siguientes enfermedades crónicas para calificar: ☐Diabetes mellitus (tipo 1 o tipo 2) ☐Enfermedades cardiovasculares ☐Insuficiencia cardíaca crónica ☐Hipertensión crónica (presión arterial alta crónica) ☐Hyperlipidemia crónica (colesterol alto crónico) ☐Trastornos autoinmunitarios ☐Cáncer ☐Trastorno por consumo de alcohol crónico y otros trastornos por consumo de sustancias (substance use disorders, SUD) ☐Enfermedad gastrointestinal crónica ☐Enfermedad renal crónica (chronic kidney disease, CKD) ☐Trastornos crónicos de pulmón ☐Problemas de salud mental crónicos y discapacitantes ☐Demencia ☐VIH/SIDA ☐Trastornos de inmunodeficiencia e inmunodepresores ☐Miasternia Grave/Disfunción Neuromuscular y Síndrome de Guillain-Barré/Neuropatía Tóxica e Inflamatoria ☐Trastornos neurológicos ☐Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico	Cantidad combinada con el crédito para productos de venta sin receta Los alimentos con envío a domicilio, los productos de venta sin receta, los dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño y equipos de acondicionamiento físico están disponibles en todo el país.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidado para después del trasplante de órganos Trastornos hematológicos graves Derrame cerebral Enfermedades relacionadas con el deterioro cognitivo Enfermedades con desafíos funcionales y que requieran servicios similares Los artículos cubiertos incluyen: Alimentos saludables como frutas, verduras, carnes, pescados y mariscos, productos lácteos, agua y más. Facturas de servicios públicos aprobadas, por ejemplo electricidad, calefacción del domicilio como gas natural, agua e Internet residencial. La dirección del servicio debe coincidir con una dirección que tengamos de usted en nuestros archivos. Puede usar su crédito en miles de tiendas participantes o realizar un pedido por Internet. El envío con entrega a domicilio es gratuito y se requiere un mínimo de $35 para realizar un pedido. Es posible que se apliquen impuestos. Visite el UCard Hub si desea más información sobre cómo usar su beneficio, consultar su saldo, encontrar productos cubiertos, buscar tiendas participantes y más.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios **Hospitalización parcial** es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se presta como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios, o es proporcionado por un centro de salud mental comunitario, que es de mayor intensidad que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta en terapia matrimonial y familiar con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT), o asesor profesional con licencia, y es una alternativa a la hospitalización. **El servicio intensivo para pacientes ambulatorios** es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud del comportamiento (mental) que se presta en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de cuidado de la salud aprobado a nivel federal o una clínica de salud rural, que es de mayor intensidad que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta en terapia matrimonial y familiar con licencia (LMFT), o asesor profesional con licencia, pero que es de menor intensidad que la hospitalización parcial.	$0 de copago cada día por los beneficios cubiertos por Medicare.[††]
Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen:	
☐Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios que usted recibe en el consultorio de un médico.	$0 de copago por los servicios prestados por un médico de cuidado primario o, en ciertas circunstancias, el tratamiento recibido en el consultorio de un médico de cuidado primario de parte de una enfermera

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	especialista, de un asistente médico o de otros profesionales de cuidado de la salud que no son médicos (según lo permita Medicare).
Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios que usted recibe en un centro de cirugía ambulatoria certificado o en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital.	Consulte “Cirugía para pacientes ambulatorios” anteriormente en esta tabla para ver los copagos o coseguros correspondientes por visitas a un centro de cirugía ambulatoria o a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.
Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista.	$0 de copago por los servicios prestados por un especialista o, en ciertas circunstancias, el tratamiento recibido en el consultorio de un especialista de parte de una enfermera especialista, de un asistente médico o de otro profesional de cuidado de la salud que no es médico (según lo permita Medicare).[††] *Se requiere una referencia*.
Exámenes básicos de audición y del equilibrio realizados por su especialista, si su médico los indica para determinar si necesita tratamiento médico.	$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare.[††]

Servicio cubierto	Lo que usted paga

Nuestro plan cubre ciertos servicios de telesalud que sobrepasan Medicare Original, incluso:
- Visitas virtuales médicas adicionales:
  - Servicios requeridos de urgencia
  - Proveedor de cuidado primario
  - Especialista
  - Otro profesional de cuidado de la salud que no es médico o una enfermera especialista
- Visitas virtuales adicionales para sesiones de terapia individual de salud mental:
  - Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios
  - Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias
  - Usted puede acceder a sus visitas virtuales de salud mental incluso si no ha tenido una visita en persona anteriormente
- Las visitas virtuales son visitas médicas o de salud mental que no ocurren en un centro médico, sino que son realizadas por proveedores de visitas virtuales que usan Internet junto con transmisión audiovisual en vivo.
- Usted tiene la opción de recibir estos servicios mediante una visita en persona o a través del servicio de telesalud. Si usted decide recibir uno de estos servicios mediante el servicio de telesalud, debe utilizar un proveedor que ofrezca dicho servicio.
- No todas las enfermedades se pueden tratar a través de visitas virtuales. El médico de visitas virtuales identificará si usted tiene que consultar a un médico en persona para recibir tratamiento.
	$0 de copago

Servicio cubierto	Lo que usted paga
☐ Los servicios de telesalud que no están cubiertos por Medicare y que no están mencionados anteriormente no están cubiertos.	
☐ Los servicios de telesalud cubiertos por Medicare incluyen: ☐ Servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal, para los miembros que se realizan diálisis en el domicilio, en un centro de diálisis renal basado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro. ☐ Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral, independientemente del sitio donde usted se encuentre. ☐ Servicios de telesalud para los miembros con trastornos por consumo de sustancias o trastornos de salud mental concomitantes, independientemente del sitio donde se presten. ☐ Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: ☐ Usted tiene una visita en persona en un plazo menor de 6 meses antes de su primera visita de telesalud. ☐ Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ☐ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias.	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.[††] *Se requiere una referencia*.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
☐ Servicios de telesalud prestados por clínicas de salud rurales y centros de cuidado de la salud aprobados a nivel federal. ☐ Servicios de monitoreo remoto cubiertos por Medicare. ☐ Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o por videochat) con su médico de 5 a 10 minutos si: ☐ Usted no es un paciente nuevo y ☐ La consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ☐ La consulta no resulta en una visita al consultorio en un plazo menor de 24 horas o en la primera cita disponible. ☐ Evaluación de video o imágenes que usted envíe a su médico, y la interpretación y el seguimiento del médico en un plazo no mayor de 24 horas si: ☐ Usted no es un paciente nuevo y ☐ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ☐ La evaluación no resulta en una visita al consultorio en un plazo menor de 24 horas o en la primera cita disponible. ☐ Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o mediante el sistema de registros electrónicos de salud.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Obtención de una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de un especialista (según se indica anteriormente en “Servicios de un médico/ profesional, incluidas las visitas al consultorio médico”).†† *Se requiere una referencia*.
Servicios de control, en un consultorio médico o en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, si está tomando anticoagulantes, por ejemplo Coumadin, Heparin o Warfarin (a estos servicios también se les llama servicios de la ‘Clínica de Coumadin’).	Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según se indica en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o en “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios) según el lugar donde reciba los servicios.†† *Es posible que se requiera una referencia*.
Servicios médicamente necesarios que son beneficios cubiertos y son prestados por un médico/profesional de cuidado de la salud que no es médico en su domicilio.	$0 de copago por los servicios prestados por una enfermera especialista, un asistente médico u otros profesionales de cuidado de la salud que no son médicos.††

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Por los servicios de un proveedor de cuidado primario o los servicios de un médico especialista, usted pagará el costo compartido según se aplica en un consultorio, como se indica anteriormente en esta sección de la tabla de beneficios.[††] *Es posible que se requiera una referencia*.
Servicios de Podiatría Los servicios cubiertos incluyen: Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedos en martillo o espolones calcáneos). Cuidado de los pies de rutina para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare en un consultorio o a domicilio.[††] Si se trata de servicios prestados en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, por ejemplo una cirugía; consulte la sección Cirugía ambulatoria y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.
Cuidado de los pies de rutina adicional Cubrimos 12 visitas de cuidado de los pies de rutina cada año. Este beneficio es adicional al beneficio de servicios de podiatría cubierto por Medicare indicado anteriormente. Los servicios cubiertos incluyen el tratamiento de los pies que generalmente se considera preventivo, por ejemplo, el corte o la eliminación de callos, verrugas, callosidades o uñas.	$0 de copago por cada visita de rutina.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de cuidado de la salud determina que usted tiene un mayor riesgo de contraer el VIH, cubrimos el medicamento profilaxis preexposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) y servicios relacionados. Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen: Medicamento oral o inyectable PrEP aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos. Si va a recibir un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección del medicamento. Hasta 8 sesiones individuales de asesoramiento (incluso asesoramiento de riesgo del VIH, reducción de riesgo del VIH y adherencia a los medicamentos) cada 12 meses. Hasta 8 exámenes de detección del HIV cada 12 meses. Prueba de detección del virus de hepatitis B una sola vez.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio de la profilaxis preexposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP).
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años y mayores; los servicios cubiertos incluyen los siguientes una vez cada 12 meses: Tacto rectal Prueba de Antígeno Prostático Específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible por cada tacto rectal cubierto por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba anual de Antígeno Prostático Específico.
Prótesis y ortesis y suministros relacionados Son los dispositivos (aparte de los dentales) que reemplazan de manera total o parcial una parte o una función del cuerpo. Estos dispositivos incluyen, entre otros, la evaluación, el ajuste o la capacitación para usar las prótesis y ortesis, así como: bolsas de colostomía y	$0 de copago por cada prótesis u ortesis cubierta por Medicare, incluso el reemplazo y las reparaciones de dichos dispositivos, y suministros relacionados.[††]

Servicio cubierto	Lo que usted paga
suministros directamente relacionados con el cuidado de una colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y ortesis, y la reparación o el reemplazo de dichos dispositivos. Incluye también alguna cobertura después de una extracción de cataratas o una cirugía de cataratas. Para obtener más información detallada, consulte Servicios para la vista más adelante en esta sección.	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar tienen cobertura para miembros que padecen de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), de moderada a muy grave, y que cuentan con una referencia para la rehabilitación pulmonar emitida por el médico que está tratando su enfermedad respiratoria crónica. Medicare cubre hasta dos (2) sesiones de una hora al día, con un máximo de 36 sesiones de servicios para la rehabilitación pulmonar, de por vida (en algunos casos hasta 72 sesiones de por vida).	$0 de copago por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.[††] *Se requiere una referencia*.
Evaluación y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una evaluación de consumo indebido de alcohol para las personas adultas (incluso mujeres embarazadas) que, aunque enfrentan problemas de consumo indebido de alcohol, no dependen del alcohol. Si su evaluación de consumo indebido de alcohol resulta positiva, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento en persona por cada año (si se encuentra apto y alerta durante las sesiones) prestadas por un médico	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare para la evaluación y asesoramiento a fin de reducir el uso indebido del alcohol.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
de cuidado primario o un profesional médico calificado y son realizadas en un centro de cuidado primario.	
Pruebas de detección de la infección por el Virus de Hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de Hepatitis C si su médico de cuidado primario u otro proveedor de cuidado de la salud calificado indica una y usted cumple una de estas condiciones: Está en alto riesgo porque usa o ha usado sustancias ilícitas por inyección. Tuvo una transfusión de sangre antes de 1992. Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no está en alto riesgo, pagaremos una prueba de detección una sola vez. Si está en alto riesgo (por ejemplo, ha seguido usando sustancias ilícitas por inyección desde su prueba de detección de Hepatitis C negativa anterior), cubrimos las pruebas de detección anuales.	No hay coseguro, copago ni deducible por la prueba de detección del Virus de Hepatitis C cubierta por Medicare.
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) A las personas que califican se les cubre una tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los miembros que cumplen los requisitos son** personas que tienen entre 50 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que han fumado tabaco por un mínimo de 20 cajetillas-año y que fuman actualmente o han dejado de fumar hace menos de 15 años, y que reciben una indicación para que se les realice una tomografía computarizada de baja dosis durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni por la tomografía computarizada de baja dosis.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
relacionada con el examen de detección de cáncer de pulmón. La visita debe cumplir con los criterios de Medicare para esas visitas y la indicación debe ser emitida por un médico o un profesional calificado que no es médico. **Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis después del examen de detección inicial con tomografía computarizada de baja dosis:** el miembro debe obtener una indicación para que se le realice un examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis. Dicha indicación puede ser emitida durante cualquier visita adecuada con un médico o un profesional calificado que no es médico. Si un médico o un profesional calificado que no es médico elige proporcionar una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida relacionada con el examen de detección de cáncer de pulmón para realizar posteriores exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales visitas.	
Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI), como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Si un proveedor de cuidado primario las indica, estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. Cada año, también cubrimos hasta 2 sesiones individuales en persona, de 20 a 30 minutos cada una, de asesoramiento	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y el asesoramiento para prevenirlas.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
conductual de alta intensidad para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cubrimos solamente estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de cuidado primario y son realizadas en un centro de cuidado primario, como un consultorio médico.	
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen:	
Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar a los miembros cómo cuidar de sus riñones y ayudarlos a tomar decisiones bien informadas sobre su cuidado. Si se trata de miembros que padecen de enfermedad renal crónica en etapa IV, si cuentan con una referencia del médico, cubrimos, una vez en la vida, hasta 6 sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal.	$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.
Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, según se indica en el Capítulo 3 o cuando el proveedor que presta el servicio no está a su disposición ni accesible temporalmente)	$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.[††] *Se requiere una referencia*.
Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su domicilio)	$0 de copago por los beneficios cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
☐Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidado especial)	Estos servicios se cubrirán según se indica en las secciones siguientes: Consulte la sección Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados.
☐Equipos y suministros para realizar la diálisis en su domicilio	Consulte la sección Equipo médico duradero y suministros relacionados.
☐Ciertos servicios de apoyo en su domicilio (por ejemplo, según sea necesario, visitas con especialistas en diálisis para verificar cómo se realiza la diálisis en su propio domicilio, para ayudarle en casos de emergencia, y para revisar su equipo de diálisis y el abastecimiento de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de Medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos de la Parte B de Medicare** en esta tabla.	Consulte la sección Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio.
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para una definición de cuidado en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. A los centros de enfermería especializada también se les llama SNF" [skilled nursing facility].) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: ☐Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario)	$0 de copago por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare, hasta 100 días.[††] *Se requiere una referencia.* Usted tiene cobertura por hasta 100 días en cada período de beneficios para recibir servicios para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería

Servicio cubierto	Lo que usted paga
☐Comidas, incluso dietas especiales ☐Servicios de enfermería especializada ☐Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ☐Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de cuidado (incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, por ejemplo, los factores de coagulación de la sangre). ☐Sangre, incluso su almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. ☐Suministros médicos y quirúrgicos que proporcionan normalmente los centros de enfermería especializada ☐Pruebas de laboratorio que normalmente realizan los centros de enfermería especializada ☐Radiografías y otros servicios para radiología que normalmente prestan los centros de enfermería especializada ☐Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que normalmente proporcionan los centros de enfermería especializada ☐Servicios de un médico/profesional No se requiere una estadía previa en el hospital de 3 días. Generalmente, usted recibe el cuidado en centros de enfermería especializada de la red. En ciertos casos que se indican a continuación, es posible que pueda recibir su cuidado en un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta lo que paga nuestro plan. ☐Un asilo de convalecencia o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que estaba viviendo hasta justo antes de ser hospitalizado (siempre y cuando proporcione el cuidado en un centro de enfermería especializada).	especializada, según las pautas de Medicare. Un período de beneficios comienza el primer día de su admisión, con cobertura de Medicare, a un centro de enfermería especializada o a un hospital como paciente hospitalizado. El período de beneficios termina cuando usted no ha sido un paciente hospitalizado en un hospital ni en un centro de enfermería especializada durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. El número de períodos de beneficios es ilimitado.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Un centro de enfermería especializada donde su cónyuge o pareja de unión libre está viviendo en el momento en que usted sale del hospital.	
Tratamiento del tabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco tiene cobertura para los pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: Consume tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco Si se encuentra apto y alerta durante las sesiones Un médico calificado u otro profesional médico reconocido por Medicare proporciona asesoramiento Cubrimos 2 intentos de cese por cada año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por cada año).	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para el tratamiento del tabaquismo cubiertos por Medicare.
Terapia de ejercicios supervisada (SET) La Terapia de Ejercicios Supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) tiene cobertura para los miembros que presentan síntomas de arteriopatía periférica (peripheral artery disease, PAD) y que tienen una referencia del médico responsable del tratamiento de esa enfermedad. Si se cumplen los requisitos del programa de Terapia de Ejercicios Supervisada, tienen cobertura hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas. El programa de Terapia de Ejercicios Supervisada debe: Consistir de sesiones de 30 a 60 minutos que sean parte de un programa terapéutico de ejercicio y	$0 de copago por cada visita de terapia de ejercicios supervisada (SET) cubierta por Medicare.[††] *Se requiere una referencia.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
entrenamiento para pacientes que padecen de arteriopatía periférica y presentan claudicación □Realizarse en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico □Ser prestado por personal auxiliar calificado que se asegure de que los beneficios excedan los riesgos y que esté capacitado en terapia de ejercicios para arteriopatía periférica (PAD) □Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, una enfermera especialista o una enfermera especialista clínica, debidamente capacitados en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital Si un proveedor de cuidado de la salud lo considera médicamente necesario, es posible que la Terapia de Ejercicios Supervisada tenga cobertura más allá de 36 sesiones en un período de 12 semanas y se extienda a 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo más prolongado.	
Transporte de rutina Información detallada de este beneficio: □Hasta 72 viajes en una sola dirección tienen cobertura cada año (limitado únicamente a transporte terrestre). □Usted es responsable de cualquier costo que se pase del límite de viajes. □Los viajes deben ser desde o hacia sitios aprobados por el plan, por ejemplo, consultorios de proveedores, centros médicos y farmacias, gimnasios, supermercados que sean parte de la red, o citas para la vista y la audición. □Cada viaje en una sola dirección no debe exceder 75 millas de distancia en automóvil. Un viaje en una sola	$0 de copago

Servicio cubierto	Lo que usted paga
dirección cuenta como un viaje; un viaje de ida y vuelta cuenta como 2 viajes. Los servicios de transporte se deben solicitar 2 días hábiles antes de una cita programada de rutina. Se permite hasta un acompañante por cada viaje (el acompañante debe tener por lo menos 18 años de edad). En algunos viajes, es posible que usted tenga que compartir el viaje con otros pasajeros. Servicio de transporte de acera a acera. Camionetas con acceso para sillas de ruedas están disponibles, si se solicita. Los conductores no tienen capacitación médica. En caso de emergencia, llame al 911. Este beneficio no cubre el transporte en: Camilla Ambulancia Puede obtener más información consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en myUHC.com/CommunityPlan o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	
Servicios requeridos de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no sea una emergencia es un servicio requerido de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o incluso si usted se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, debido al tiempo, el lugar o las circunstancias, recibir este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan	$0 de copago por cada visita. $0 de copago por la cobertura mundial de servicios requeridos de urgencia recibidos fuera de los Estados Unidos. Consulte la Sección 1.1 del Capítulo 7 para todo lo relacionado con el

Servicio cubierto	Lo que usted paga
debe cubrir los servicios requeridos de urgencia y cobrarle solamente el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios requeridos de urgencia son lesiones o enfermedades médicas imprevistas, o el agravamiento inesperado de enfermedades existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (tales como los exámenes médicos anuales) no se consideran servicios requeridos de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. La cobertura mundial de 'servicios requeridos de urgencia' cuando se necesitan servicios médicos inmediatamente debido a una enfermedad, lesión o condición inesperada que no puede esperar hasta el regreso al área de servicio de nuestro plan. Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura.	reembolso de gastos por servicios a nivel mundial.
Servicios para la vista Los servicios cubiertos incluyen: □Servicios de un médico para pacientes ambulatorios prestados por un oftalmólogo o un optometrista para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones de los ojos, incluso el diagnóstico o el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad o cataratas. □Medicare Original no cubre los exámenes de la vista de rutina (incluso refracciones oculares) para anteojos/ lentes de contacto. A continuación, consulte la cobertura de Servicios para la vista - examen de la vista de rutina.	$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare.[††]

Servicio cubierto	Lo que usted paga
En el caso de personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen de glaucoma cada año. Entre las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma se incluyen personas con un historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, personas afroamericanas de 50 años o más y personas de origen hispano de 65 años o más.	$0 de copago por examen de glaucoma cubierto por Medicare.
Para las personas que tienen diabetes o presentan síntomas o señales de enfermedad del ojo, los exámenes de la vista para evaluar si existe enfermedad del ojo tienen cobertura según las pautas de Medicare. Para las personas diabéticas asintomáticas se recomiendan exámenes anuales con un oftalmólogo o con un optometrista. Para las personas que tienen diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año.	$0 de copago por los exámenes de la vista para evaluar si existe enfermedad del ojo, cubiertos por Medicare.[††]
Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye inserción de un lente intraocular (Medicare no cubre pares de anteojos o lentes de contacto adicionales). Si le realizan 2 cirugías de cataratas, no puede reservar el beneficio que corresponde a la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía. Los anteojos que tienen cobertura después de una cirugía de cataratas incluyen marcos y lentes estándar, según lo definido por Medicare; las versiones mejoradas no están cubiertas (incluso, entre otros, marcos de lujo, lentes de colores, lentes progresivos o el revestimiento antirreflectante).	$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.
Servicios para la vista - examen de la vista de rutina	Proporcionado por: iCare

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cubrimos 1 examen de la vista de rutina cada año. La refracción ocular es parte del beneficio del examen de la vista de rutina. Puede obtener más información consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en myUHC.com/CommunityPlan o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	$0 de copago
Servicios para la vista - artículos para la vista de rutina Crédito para la compra de anteojos (lentes y marcos) y lentes de contacto cada año. El crédito destinado a artículos para la vista es para todas las recetas (lentes de contacto, ajustes, marcos, lentes, adiciones, opciones y mejoras). Además, los lentes de policarbonato que incluyen revestimiento contra rayos ultravioleta (UV) y revestimiento antirrayaduras están cubiertos sin costo adicional. Puede obtener más información consultando la Hoja de Información sobre Proveedores en myUHC.com/CommunityPlan o llamando a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	Proporcionado por: iCare $0 de copago El plan paga hasta $400 para la compra de lentes/marcos y lentes de contacto. Usted es responsable por cualquier cantidad que sobrepase el crédito del plan para artículos para la vista. Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de proveedores de la red selectos (solamente productos selectos).
Visita Preventiva "Bienvenido a Medicare" Nuestro plan cubre la visita preventiva "Bienvenido a Medicare" por única vez. La visita incluye una revisión de su estado de salud, así como información educativa y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluso ciertos exámenes de detección e inyecciones [o vacunas]), además de referencias para	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva "Bienvenido a Medicare". No hay coseguro, copago ni deducible por un electrocardiograma (EKG)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
recibir otro tipo de cuidado, si lo necesita. No incluye análisis de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico ni pruebas de diagnóstico no radiológicas. Como se indica en cada servicio incluido en esta tabla de beneficios médicos, se puede aplicar un costo compartido adicional a los análisis de laboratorio o las pruebas de diagnóstico que se realicen durante la visita. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solamente si se realiza dentro de los primeros 12 meses que tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.	cubierto por Medicare, por única vez, si es indicado como resultado de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Si son necesarios otros electrocardiogramas (EKG), consulte la sección pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.

* Servicios cubiertos que no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.

†† Servicios cubiertos por los que es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.

Beneficios Dentales de Rutina Cubiertos que Están Incluidos en su Plan:
Máximo Dental Anual: $4,000

- Como parte de su plan UnitedHealthcare Medicare Advantage, usted obtiene un beneficio dental de rutina que ofrece cobertura para servicios dentales preventivos y otros servicios dentales necesarios sin cobertura de Medicare, tales como:
  - Exámenes
  - Limpiezas
  - Empastes dentales
  - Radiografías
  - Coronas
  - Puentes
  - Conductos radiculares
  - Extracciones
  - Dentaduras postizas parciales
  - Dentaduras postizas completas
- $0 de copago por todos los servicios dentales cubiertos hasta el máximo dental anual del plan.
- Todos los servicios cubiertos tienen sus respectivas limitaciones en la frecuencia. Algunos servicios cubiertos pueden tener en cuenta el historial y los procedimientos dentales previos, junto con las limitaciones en la frecuencia. Si desea consultar información detallada sobre su plan con su dentista o ver la lista completa de servicios dentales cubiertos con limitaciones en la frecuencia relacionadas, puede encontrarla en la guía de referencia rápida de Medicare de UHC Dental en uhcmedicaredentalproviderqrg.com.
- El plan no cubre los procedimientos utilizados solamente por razones estéticas (blanqueado de los dientes, carillas dentales, recontorneo gingival), ortodoncia, mantenimiento de espacios, implantes y servicios relacionados con implantes, impuestos sobre la venta, cargos por no acudir a las citas, administración de casos dentales, cargos dentales relacionados con la COVID (pruebas de detección, exámenes y vacunas) y los procedimientos no especificados según indique el informe.
- Una vez que se haya alcanzado el máximo anual, usted será responsable de todos los cargos restantes. Todos los servicios dentales cubiertos que el plan pague se toman en cuenta para alcanzar el máximo dental anual. Otras limitaciones y exclusiones se indican a continuación.
- Este plan dental ofrece acceso a la amplia National Medicare Advantage Network de UHC Dental. Los dentistas de la red han aceptado prestar servicios a tarifas negociadas. Si consulta a un dentista de la red, no se le puede facturar más que esas tarifas por los servicios cubiertos dentro de las limitaciones del plan. Usted será responsable de todos los costos relacionados con servicios que no tienen cobertura.

- Si necesita ayuda para buscar un proveedor, utilice la herramienta de búsqueda de proveedores dentales en myUHC.com/CommunityPlan. También puede llamar al 1-866-842-4968 para que le ayuden a buscar un proveedor o programar una cita dental
- Este plan dental ofrece cobertura dental dentro de la red y fuera de la red. Los dentistas fuera de la red no están contratados para aceptar los pagos del plan como pago total, por lo que es posible que le cobren una cantidad mayor de lo que paga el plan, incluso por los servicios que se indican con un copago de $0. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a todos los máximos de beneficios, limitaciones o exclusiones que se aplican dentro de la red.
- Cuando los servicios dentales cubiertos que usted recibe son prestados por un dentista de la red, el dentista presentará el reclamo en nombre de usted. Cuando usted consulta a un dentista fuera de la red, con frecuencia el dentista presentará un reclamo en nombre de usted. Si no es así, usted puede presentarlo directamente siguiendo las siguientes instrucciones:
    - El reclamo presentado debe contener la siguiente información:
        - Nombre completo del miembro y número de ID de miembro
        - Nombre completo y dirección del proveedor
        - Lista de los servicios dentales prestados con los códigos ADA correspondientes
        - Comprobante de pago en la forma de recibo, copia de cheque, EOB o un estado de cuenta del proveedor que muestre un pago positivo por los servicios prestados
    - Envíe por correo toda la información del reclamo necesaria en un plazo no mayor de 365 días a partir de la fecha del servicio a: **P.O. Box 644, Milwaukee, WI 53201**
    - El pago se enviará a la dirección que se indica en su cuenta. Para actualizar su dirección o para recibir ayuda con la presentación de reclamos, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-842-4968, TTY 711.
    - Los reclamos se pagan en un plazo no mayor de 30 días y una Explicación de Pago (Explanation of Payment, EOP) se enviará con el pago del cheque
- Es posible que los dentistas le pidan que firme un documento de consentimiento informado que detalla los riesgos, los beneficios, los costos y las alternativas para todos los tratamientos recomendados. Si desea obtener más información sobre cómo se relaciona la cobertura de su plan dental con el tratamiento y los costos dentales propuestos, puede pedirle a su dentista que obtenga un cálculo del costo previo al tratamiento de UHC Dental. Si el proveedor tiene preguntas sobre cómo obtener esta información, puede comunicarse con UHC Dental utilizando el número de teléfono o el sitio web que se encuentra en la parte de atrás de su UCard.

- Coordinación de los beneficios (Coordination of benefits, COB) – Si usted tiene un plan dental independiente además del beneficio dental ofrecido por su plan Medicare Advantage de UnitedHealthcare, se considerará cobertura primaria y debería facturarse primero. La cobertura dental asociada con su plan Medicare Advantage de UnitedHealthcare se consideraría secundaria. Si hay un saldo pendiente después de que la cobertura primaria haya pagado, su proveedor podría facturar a UHC Dental para que se considere el pago. UHC Dental reducirá su cantidad permitida (la cantidad que el plan pagará por un servicio cubierto) por lo que la cobertura primaria o el plan pagó y está sujeta a todos los máximos, limitaciones o exclusiones de beneficios.
- Para cualquier otra pregunta o para obtener más información, llame al 1-866-842-4968, TTY 711, o visite myUHC.com/CommunityPlan

Exclusiones:

1. Servicios prestados por un dentista fuera de la red si su plan no tiene cobertura fuera de la red.
2. Servicios dentales que no sean necesarios.
3. Hospitalización u otros cargos de un centro.
4. Todo procedimiento dental que se realice únicamente por razones cosméticas o estéticas.
5. Todo procedimiento dental que no esté directamente relacionado con una enfermedad dental.
6. Todo procedimiento que no se realice dentro de un centro dental.
7. Cirugía reconstructiva de cualquier tipo, incluso la cirugía reconstructiva relacionada con una enfermedad o lesión dental, o una anomalía dental congénita.
8. Procedimientos que se consideren experimentales, en investigación o no comprobados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo sobre Terapéutica Dental de la American Dental Association. El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, en investigación o no comprobado sea el único tratamiento disponible para una condición en particular no implica que tendrá cobertura si el procedimiento se considera experimental, en investigación o no comprobado para el tratamiento de esa condición en particular.
9. Servicios por lesiones o condiciones cubiertas por el Seguro de Accidentes Laborales o las leyes de responsabilidad civil del empleador, y servicios que se prestan sin costo a las personas que tienen cobertura de parte de una municipalidad, un condado u otra subdivisión política. Esta exclusión NO se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o por Medicare.
10. Gastos de procedimientos dentales que comenzaron antes de que las personas cubiertas cumplieran los requisitos de participación en el plan.

11. Servicios dentales prestados (incluso los servicios dentales cubiertos de otra manera) después de la fecha de cancelación de la póliza individual, incluidos los servicios dentales para condiciones dentales que hayan surgido antes de la fecha de cancelación de la póliza individual.
12. Servicios prestados por un proveedor con la misma residencia legal que la de la persona cubierta o que es familiar de la persona cubierta, como un cónyuge, hermanos, padres o hijos.
13. Cargos por faltar a una cita programada sin avisar al consultorio dental con 24 horas de anticipación, por impuesto sobre las ventas, o por duplicar o copiar los registros del paciente.
14. Implantes y servicios relacionados con implantes.
15. Blanqueo dental o microabrasión del esmalte
16. Carillas dentales
17. Ortodoncia
18. Liberación sostenida del medicamento terapéutico (D9613)
19. Servicios relacionados con la COVID-19 (pruebas de detección, exámenes y vacunas)
20. Cargos alineados con la administración de casos dentales, la presentación de casos, la consulta con otros profesionales médicos o los servicios de traducción o de lenguaje de señas.
21. Mantenedor de espacio
22. Cualquier procedimiento no especificado según indique el informe (códigos dentales: D##99)

Exención de Responsabilidad: Los planes de tratamiento y los procedimientos dentales recomendados pueden variar. Hable con su dentista sobre las opciones de tratamiento, los riesgos, los beneficios y las tarifas. La American Dental Association (ADA) publica cambios en los códigos de Terminología Dental Actual (Current Dental Terminology, CDT) anualmente. Los códigos de procedimientos pueden ser modificados durante el año del plan según la discontinuación de ciertos códigos dentales.

Sección 3 Servicios cubiertos fuera de UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP)

Beneficios que tienen cobertura fuera de UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP)
Si se trata de servicios que no están cubiertos por UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) pero que están disponibles a través de Medicaid, consulte su Guía para Miembros de Medicaid. Puede encontrar su Guía para Miembros de Medicaid en Internet en **myUHC.com/CommunityPlan**. O puede llamar a Servicio al Cliente al número que aparece en el Capítulo 2 de esta guía y pedir que le envíen una copia impresa.

Sección 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

Esta sección indica los servicios que están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

La tabla siguiente describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por Medicare en ningún caso o que Medicare cubre solamente en ciertos casos específicos.

Si recibe servicios que están excluidos (sin cobertura), usted debe pagarlos, excepto en las situaciones específicas indicadas a continuación. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, los servicios excluidos no están cubiertos y nuestro plan no los pagará.

La única excepción es si el servicio es apelado y en la apelación se determina que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9.)

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son todos aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original ha determinado que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.	Es posible que Medicare Original los cubra en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o que los cubra nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica.)
Habitación privada en un hospital	Con cobertura solamente cuando es médicamente necesario
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Cuidado de enfermería a tiempo completo en su domicilio	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Cuidado de custodia El cuidado de custodia es cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, el cuidado que le ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Servicios domésticos que incluyen la ayuda básica en el domicilio, como la limpieza liviana o la preparación de comidas sencillas	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Cargos que cobren sus familiares inmediatos o miembros de su núcleo familiar por su cuidado	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Cirugía o procedimientos estéticos	Con cobertura en casos de lesiones accidentales o para mejorar la función de una parte deformada del cuerpo. Con cobertura para todas las etapas de la reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como del seno no afectado para lograr una apariencia simétrica.
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)	La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación tiene cobertura. Cualquier servicio distinto a la manipulación manual de la columna vertebral para el tratamiento de una subluxación está excluido de la cobertura de Medicare.
Cuidado dental que no es de rutina	El cuidado dental necesario para el tratamiento de una enfermedad o lesión puede estar cubierto como cuidado para pacientes hospitalizados o ambulatorios
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y se incluyen en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético. (Según se describe específicamente en la tabla de beneficios médicos de este capítulo.)
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios	Se proporciona cierta cobertura según las pautas de Medicare. (Según se describe específicamente en la tabla de beneficios médicos de este capítulo o según se indica en el Capítulo 6.)

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Histerectomía, ligadura de trompas o vasectomía por elección, si la indicación primaria para estos procedimientos es la esterilización. Reversión de procedimientos de esterilización, dispositivos de vacío para disfunción eréctil o suministros anticonceptivos sin receta.	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Acupuntura (cubierta por Medicare)	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en ciertas circunstancias. (Según se describe específicamente en la tabla de beneficios médicos de este capítulo.)
Servicios de naturopatía (que usan tratamientos alternativos o naturales)	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Exámenes médicos para asuntos de empleo, licencias, seguros, audiencias judiciales, viajes, asesoramiento dietético, programas de control de peso, prenupciales, previos a la adopción u otras razones no relacionadas con la prevención	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Servicio paramédico móvil (soporte vital avanzado proporcionado por una entidad de servicios para emergencias, como una unidad de servicios paramédicos, que no proporciona transporte en ambulancia)	Los servicios solamente tienen cobertura si la dirección donde la ambulancia recoge al paciente se encuentra en las zonas rurales de New York y se cumplen las condiciones correspondientes. Los miembros son responsables de todos los costos del servicio paramédico móvil que se incurran fuera de las zonas rurales de New York.

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Funciones o accesorios opcionales, adicionales o de lujo para equipo médico duradero, aparatos correctivos o prótesis que son principalmente para la comodidad o la conveniencia del miembro o para trasladarse principalmente dentro de la comunidad, que incluyen, entre otros, la remodelación o la modificación de la vivienda y del automóvil y equipo de ejercicio	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Vacunas para viajes al extranjero	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Solicitudes de pago (pedir al plan que pague la parte que le corresponde de los costos) por medicamentos cubiertos enviadas 36 meses después de haber surtido su receta	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Equipos o suministros que acondicionen el aire, almohadillas térmicas, bolsas de agua caliente, pelucas y su cuidado y otros equipos que principalmente no sean de naturaleza médica.	Los productos desechables o no reutilizables, como los suministros para la incontinencia, no están cubiertos por Medicare, pero pueden estar cubiertos por el beneficio de productos de venta sin receta.
Cualquier cuidado que no es de emergencia y que sea recibido fuera de los Estados Unidos y de los territorios de los Estados Unidos.	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso. Todos los servicios preprogramados, citas programadas, tratamientos planificados de antemano (incluso diálisis para una condición continua) y los procedimientos electivos no tienen cobertura fuera de los Estados Unidos, incluso si esos servicios están relacionados con una emergencia previa. El cuidado dental no tiene cobertura fuera de los Estados Unidos en ningún caso. Los medicamentos con receta o sin receta que sean obtenidos fuera de los Estados Unidos no tienen cobertura en

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
	ningún caso.
Cuidado en situaciones de emergencia y cuidado requerido de urgencia que sea recibido fuera de los Estados Unidos y de los territorios de los Estados Unidos.	Con cobertura solamente si usted pagó directamentey nos presentó la solicitud de reembolso, o cuando el reembolso sea solicitado directamente por usted y cuando podamos hacer los arreglos para pagarle al proveedor que presta el servicio directamente. Las facturas y los registros médicos de respaldo deben ser presentados directamente por usted o directamente por el proveedor que presta el servicio. Cualquier servicio o documentación que sean presentados por facturadores externos, intermediarios o empresas de administración de reclamos no son reembolsables. Las tarifas administrativas para cubrir el costo de las facturas no son reembolsables. Los servicios dentales no tienen cobertura en ningún caso. Los medicamentos con receta o sin receta que sean obtenidos fuera de los Estados Unidos no tienen cobertura en ningún caso.
Los gastos de viaje o de transporte, que incluyen, entre otros, los servicios de ambulancia terrestre o aérea, desde un país extranjero a los Estados Unidos.	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso
Gastos de viaje y alojamiento relacionados con el trasplante Los gastos de viaje y alojamiento relacionados con el trasplante no están cubiertos si recibe el trasplante en cualquier sitio en su estado de residencia o en un estado adyacente a su estado de residencia, o usted recibe el trasplante en el estado con el centro de trasplantes más cercano a usted (para el tipo de trasplante que necesita) independientemente de la distancia.	Los gastos de viaje y alojamiento cuando usted recibe servicios para trasplantes cubiertos en un sitio que forma parte de la red de trasplantes del plan para el tipo de trasplante que necesita pero se encuentra fuera de los centros que normalmente realizan trasplantes en su comunidad desde su domicilio incluyen: **Transporte:** Millaje de vehículos, tarifa aérea en clase económica, tarifas de taxis o servicios de viajes compartidos. Los servicios de transporte aprobados no están sujetos al límite diario. **Alojamiento:** Los costos de alojamiento o los lugares para quedarse, como hoteles, moteles o viviendas temporales. Puede recibir un reembolso por gastos de alojamiento aprobados de hasta un total de $125 por cada día.

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Los siguientes tipos de gastos no son reembolsables: - Alquiler, compra, mantenimiento/reparación de vehículos - Servicio de auxilio mecánico (asistencia en la carretera) - Gasolina - Viajes en ambulancia terrestre o aérea (podrían estar cubiertos por su beneficio médico) - Viaje terrestre o aéreo no relacionado con citas médicas - Viajes en clase de primera categoría, clase ejecutiva o primera clase - Tarifas de estacionamiento incurridas en otro lugar que no sea el alojamiento o el centro médico - Depósitos o cargos por alquiler de muebles - Servicios públicos (si se facturan aparte del pago del alquiler) - Llamadas por teléfono, periódicos, alquiler de películas y tarjetas de regalo - Gastos de alojamiento cuando se hospede con un familiar o amigo - Comidas, bocadillos, alimentos o bebidas - Cualquier gasto aprobado para alojamiento que exceda $125 al día	Debido a que los centros de trasplantes aprobados por Medicare no están disponibles para todos los tipos de trasplante en cada estado, puede que los centros que realizan trasplantes en su comunidad local requieran que usted viaje cierta distancia para recibir su trasplante. Los gastos de viajes y alojamiento no son reembolsables si usted recibe un trasplante en cualquier sitio en su estado de residencia o en un estado adyacente a su estado de residencia, o si recibe el trasplante en el estado con el centro de trasplante más cercano a usted (para el tipo de trasplante que necesita) independientemente de la distancia. La presentación del formulario de reembolso para viajes relacionado con el trasplante debe ocurrir en un plazo no mayor de 365 días a partir de la fecha en que los gastos de viaje y alojamiento se incurrieron.

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Los costos de viaje y alojamiento relacionados con el trasplante no están cubiertos a menos que usted sea miembro de UnitedHealthcare Medicare Advantage al momento de recibir el trasplante y al momento que los gastos relacionados con el trasplante se incurran. Los costos de viaje y alojamiento relacionados con el trasplante no están cubiertos si usted recibe el trasplante en un sitio que no forma parte de la Red de Trasplantes del plan para el tipo de trasplante que necesita. Los costos de viaje y alojamiento relacionados con el trasplante no están cubiertos para los donantes de trasplante.	
Medicamentos autoadministrados en un hospital para pacientes ambulatorios	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos

Revisamos periódicamente los nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para determinar si son seguros y eficaces para nuestros miembros. Los nuevos procedimientos y tecnologías que sean seguros y eficaces cumplen los requisitos para ser servicios cubiertos. Si la tecnología se convierte en un servicio cubierto, estará sujeta a todos los términos y las condiciones del plan, incluso la necesidad médica y los copagos, coseguros, deducibles y otras contribuciones de pago del miembro que correspondan.

Para determinar si cubriremos un servicio, usamos pautas patentadas para la evaluación de tecnologías para analizar nuevos dispositivos, procedimientos y medicamentos, incluso los que están relacionados con la salud del comportamiento o con la salud mental. Cuando es clínicamente necesaria una determinación rápida del uso seguro y eficaz de una nueva tecnología

o de una nueva aplicación de una tecnología existente para un miembro en particular, uno de nuestros directores médicos toma una determinación de necesidad médica en base a la documentación médica del miembro en particular, la revisión de la evidencia científica publicada y, cuando corresponda, la opinión profesional o especializada pertinente de una persona con experiencia en esa tecnología.

Capítulo 5:
Cómo usar la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

?

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

Debido a que usted cumple los requisitos de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), usted califica para, y está recibiendo, el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que usted recibe el programa Ayuda Adicional, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica en su caso**.

Sección 1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 para ver los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de los medicamentos en cuidados para enfermos terminales.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos mediante sus beneficios de Medicaid. Nuestra Lista de Medicamentos le indica cómo obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid.

Generalmente, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted siga estas reglas:

- Un proveedor (un médico, un dentista u otro profesional que receta) debe emitirle una receta que es válida, según las leyes estatales vigentes
- El profesional que receta no debe estar en las Listas de Proveedores Excluidos o Proveedores Inhabilitados de Medicare
- Por lo general, usted debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (Consulte la Sección 2 **o puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan**)
- Su medicamento debe estar en la Lista de Medicamentos del plan (Consulte la Sección 3)
- Su medicamento se debe usar para una “indicación médicamente aceptada”. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o que está respaldado por fuentes de referencia específicas. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.)
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación del plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información.)

Sección 2 Cómo surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura **solamente** si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre los casos en que cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red.)

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos de la Parte D que están en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Buscar una farmacia de la red en su área

Para buscar una farmacia de la red, consulte su **Directorio de Farmacias**, visite nuestro sitio web (myUHC.com/CommunityPlan) o llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si su farmacia deja la red

Si la farmacia que usa deja la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que esté en la red. Para buscar otra farmacia en su área, llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o use el **Directorio de Farmacias**. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en myUHC.com/CommunityPlan.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC). Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un asilo de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de cuidado a largo plazo, llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que prestan servicios para el Programa de Servicio de Salud Indígena, Tribal o Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solamente los nativos americanos de Estados Unidos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que suministran medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos de modo que solo se surten en ciertos sitios, o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o educación para su uso. Para buscar una farmacia

especializada, consulte su **Directorio de Farmacias** (myUHC.com/CommunityPlan) o llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 El servicio de pedidos por correo de nuestro plan

Las farmacias con servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permiten pedir **un suministro de hasta 100 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, consulte su **Directorio de Farmacias** donde encontrará las farmacias con servicio de medicamentos por correo de nuestra red. Si usa una farmacia de pedidos por correo que no esté en la red del plan, su medicamento con receta no tendrá cobertura.

Generalmente, un pedido a una farmacia de pedidos por correo le llegará en un máximo de 10 días hábiles. Sin embargo, a veces su pedido por correo podría demorarse. Si su pedido por correo se demora, siga estos pasos:

Si su receta está registrada en su farmacia local, vaya a su farmacia para surtir la receta. Si la receta demorada no está registrada en su farmacia local, pídale a su médico que llame al farmacéutico y autorice una nueva receta. O, su farmacéutico puede llamar al consultorio médico para solicitar la receta. Su farmacéutico puede llamar al servicio de ayuda para Farmacias al 1-877-889-6510, (TTY) 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si tiene cualquier problema, pregunta, duda, o si necesita cancelar un reclamo por una receta demorada.

Nuevas recetas que la farmacia obtiene directamente del consultorio médico.

La farmacia surtirá automáticamente las nuevas recetas que obtenga de proveedores de cuidado de la salud y le entregará los medicamentos, sin consultar primero con usted, si:

- Anteriormente, usted utilizó servicios de pedidos por correo de este plan, o
- Se inscribe en la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de proveedores de cuidado de la salud. Usted puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento, por teléfono o por correo.

Si obtiene un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para confirmar si lo deseaba antes de enviarlo, es posible que cumpla los requisitos para recibir un reembolso.

Si anteriormente usted utilizó una farmacia de pedidos por correo y no desea que la farmacia surta y le envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo.

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de medicamentos por correo o si decide pedir que no se surtan automáticamente las nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidado de la salud para preguntarle si usted desea que se surta y le envíe el medicamento inmediatamente. Es importante responder cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicarles si deben enviar, posponer o cancelar la nueva receta.

Para no participar en las entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo.

Resurtidos de recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtidos automáticos. En este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que se le está acabando su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de que usted necesite más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado. Si decide no usar nuestro programa de resurtido automático, pero igualmente desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia 10 días antes de que se acabe su medicamento con receta actual. Esto asegurará que su pedido se envíe a tiempo.

Si no desea participar en nuestro programa que automáticamente prepara los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Optum Rx® al 1-877-889-5802.

Si obtiene un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, es posible que cumpla los requisitos para recibir un reembolso.

Asegúrese de darle a la farmacia de pedidos por correo toda la información de contacto necesaria, de manera que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes de enviárselo. Puede hacer esto comunicándose con la farmacia de pedidos por correo al momento de registrarse en el programa de resurtidos automáticos, o cuando reciba la notificación de un próximo envío de resurtido.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Si obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que su costo compartido sea más bajo. El plan ofrece 2 maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” de la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que usted toma con regularidad debido a una condición médica crónica o a largo plazo.)

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su **Directorio de Farmacias** (myUHC.com/CommunityPlan) le indica las farmacias de nuestra red que pueden surtir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Usar una farmacia que no está en la red del plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solamente cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Primero consulte a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si hay una farmacia de la red cercana.

Cubrimos las recetas que se surten en una farmacia fuera de la reden los Estados Unidos solamente en las siguientes situaciones:

- **Medicamentos con receta para una emergencia médica**
  Cubriremos las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con el cuidado de una emergencia médica o el cuidado requerido de urgencia, si los medicamentos están incluidos en nuestra Lista de Medicamentos sin restricciones y no están excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare.
- Si no le es posible obtener oportunamente un medicamento cubierto dentro del área de servicio debido a que no hay una farmacia de la red con servicio las 24 horas dentro de una distancia razonable para ir en automóvil.
- Si está tratando de surtir una receta de un medicamento que no está disponible regularmente en una farmacia minorista de la red accesible ni en una farmacia de pedidos por correo de la red (incluso los medicamentos de alto costo y medicamentos muy especiales).
- Si necesita un medicamento con receta mientras es paciente en un departamento de emergencias, en una clínica donde atiende un proveedor, en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios o en otro centro para pacientes ambulatorios.
- Cualquier receta que se surte fuera de los Estados Unidos no está cubierta.

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar su costo compartido normal) al momento de surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo pedir el reembolso al plan.) Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Sección 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan

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

El plan tiene una **“Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)”**. En esta **Evidencia de Cobertura, la llamamos Lista de Medicamentos**.

El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.
La Lista de Medicamentos solamente muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos mediante sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta mediante sus beneficios de Medicaid, comuníquese con su plan de salud de Medicaid o con Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid). La información de contacto aparece en el Capítulo 2 de esta guía. Su plan de salud de Medicaid o Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) también puede proporcionarle una Lista de Medicamentos de Medicaid que le indica cómo saber qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

Generalmente, cubrimos 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 un uso del medicamento que cumple una de las siguientes condiciones:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la enfermedad para los que se receta o
- Está respaldado por fuentes de referencia específicas, tales como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System de Micromedex.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (puede incluir productos biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial registrada que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos comunes. En la Lista de Medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto puede significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas productos biosimilares. Generalmente, los genéricos y los productos biosimilares surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas de productos biosimilares para algunos de los productos biológicos originales. Algunos productos biosimilares se pueden reemplazar con otros productos biosimilares y, según la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biosimilar original en la farmacia sin la necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

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

Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, las leyes no permiten que un plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7.)
- En otros casos, nosotros decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.)
- Es posible que los medicamentos cubiertos por Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) no estén incluidos en la Lista de Medicamentos de este plan. Si este plan no cubre un medicamento específico, consulte su lista de Medicamentos de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) para saber si el medicamento tiene cobertura.

Sección 3.2 5 “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan está asignado a uno de 5 niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más alto sea el nivel, más alto será el costo de su medicamento:

Nivel 1 – Genéricos Preferidos - Medicamentos genéricos de uso común, de costo más bajo.

Nivel 2 – Genéricos - Muchos medicamentos genéricos.

Nivel 3 – De Marca Preferidos - Muchos medicamentos de marca comunes, llamados de marca preferidos, y algunos medicamentos genéricos de costo más alto.

Nivel 3 – Medicamentos de Insulina Cubiertos – Insulinas cubiertas $0 por cada suministro de 1 mes hasta la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. [1]

Nivel 4 – Medicamentos No preferidos - Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos.

Nivel 5 – De Especialidad - Medicamentos de marca y genéricos muy especiales o de un costo muy alto.

Para saber el nivel de costo compartido de su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan. Lo que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se indica en el Capítulo 6.

[1] Usted paga un máximo de $0 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D, incluso si usted no ha pagado su deducible, hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, en la que usted paga $0.

Sección 3.3 Cómo saber si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de Medicamentos, tiene estas opciones:

1. Consulte la Lista de Medicamentos más actualizada que proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (myUHC.com/CommunityPlan). La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos del plan o pedir una copia de la lista.
4. Use la “Herramienta de Búsqueda de Beneficios en Tiempo Real” del plan (myUHC.com/CommunityPlan) para buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos para tener un cálculo aproximado de lo que pagará y para saber si hay otros medicamentos alternativos en la Lista de Medicamentos que pudieran tratar la misma enfermedad. También puede llamar a al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos con receta, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboró estas reglas para alentar a que

usted y su proveedor usen los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Si un medicamento seguro y de menor costo es médicamente tan eficaz como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentar a que usted y su proveedor usen la opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden ser diferentes según la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de cuidado de la salud, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10mg o 100mg; uno por día o 2 por día; tableta o líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tienen que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios TTY deben llamar al 711) para saber lo que deben hacer usted o su proveedor para obtener cobertura del medicamento. **Si desea que no le apliquemos la restricción, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y pedirnos que no hagamos una excepción.** Podemos aceptar o no su solicitud para no aplicarle la restricción (consulte el Capítulo 9).

¿Qué es un medicamento compuesto?

Un medicamento compuesto es uno que ha sido creado por un farmacéutico al mezclar o combinar ingredientes para crear un medicamento con receta personalizado que satisfaga las necesidades de un paciente en particular.

¿Mi plan de la Parte D cubre los medicamentos compuestos?

Generalmente, los medicamentos compuestos están excluidos del formulario (es decir, no los cubre el plan). Para que su medicamento compuesto tenga cobertura, es posible que tenga que solicitar y recibir de nosotros una determinación de cobertura aprobada. Los medicamentos compuestos pueden cumplir los requisitos de la Parte D si cumplen todos los requisitos siguientes:

1. Contienen al menos un ingrediente farmacológico aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o por los Compendios, y todos los ingredientes del medicamento compuesto (incluso la vía de administración propuesta) deben tener el respaldo de los Compendios.
2. No contienen un ingrediente farmacológico excluido por la Parte D o no aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos
3. No contienen un ingrediente cubierto por la Parte B. (De lo contrario, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte B en lugar de la Parte D)
4. Son recetados para una indicación médicamente aceptada

La tabla a continuación explica los requisitos básicos para que un medicamento compuesto con 2 o más ingredientes esté o no cubierto por las reglas de la Parte D, así como los posibles costos para usted.

Tipo de medicamento compuesto	Cobertura de Medicare
El medicamento compuesto contiene un ingrediente que cumple los requisitos de la Parte B	El medicamento compuesto está cubierto exclusivamente por la Parte B
Todos los ingredientes del medicamento compuesto cumplen los requisitos de cobertura de la Parte D y están aprobados para formular un medicamento compuesto	Una vez que se haya aprobado la determinación de cobertura, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte D
Todos los ingredientes del medicamento compuesto cumplen los requisitos de cobertura de la Parte D y están aprobados para formular un medicamento compuesto; asimismo, los ingredientes no tienen cobertura de la Parte D (por ejemplo, medicamentos sin receta, etc.)	Una vez que se haya aprobado la determinación de cobertura, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte D. Sin embargo, los ingredientes sin cobertura de la Parte D no serán cubiertos y a usted no le corresponde pagar el costo de todos esos ingredientes sin cobertura de la Parte D
El medicamento compuesto contiene un ingrediente que no ha sido aprobado ni respaldado para formular medicamentos compuestos	El medicamento compuesto no está cubierto por la Parte D. A usted le corresponde pagar la totalidad del costo

¿Qué tengo que pagar por un medicamento compuesto cubierto?

Un medicamento compuesto que cumple los requisitos de la Parte D podría requerir una determinación de cobertura aprobada para que esté cubierto por su plan. Usted pagará el copago o coseguro correspondiente a medicamentos no preferidos por los medicamentos compuestos que han sido aprobados. No se permite ni está disponible ninguna otra reducción en el costo compartido relacionada con el nivel.

Obtener la preaprobación del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan, según los criterios específicos antes de que aceptemos cubrir un medicamento para usted. Esto se llama **“preautorización”**. Esto es para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento. Los criterios de preautorización de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web myUHC.com/CommunityPlan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le alienta a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma enfermedad y el Medicamento A es menos costoso, es posible que el plan requiera que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no le surte efecto, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama **"terapia escalonada"**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web myUHC.com/CommunityPlan.

Límites de cantidad

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

Sección 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que usted desea

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

- El medicamento podría no tener ninguna cobertura. O una versión genérica del medicamento puede estar cubierta, pero que la versión de marca que usted desea tomar no tiene cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales en la cobertura
- El medicamento tiene cobertura, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que usted esperaba.
- **Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que usted esperaba, consulte la Sección 5.1 para saber lo que puede hacer.**

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o tiene algún tipo de restricción, tiene las siguientes opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar el medicamento por otro.
- Puede solicitar una **excepción** al plan para que cubra el medicamento o que elimine las restricciones al medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para cumplir los requisitos para un suministro temporal, el medicamento que usted toma **ya no debe estar en la Lista de Medicamentos del plan** O **ahora debe tener algún tipo de restricción**.

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos el suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si usted estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un mínimo de 30 días. Si su receta indica menos días, permitiremos surtidos adicionales para proporcionar como mínimo un suministro de hasta 30 días del medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de cuidado a largo plazo podría suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez que se surta, para evitar el uso indebido.)
- **Para los miembros que han estado en el plan durante más de 90 días, viven en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**
  Cubriremos como mínimo un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta indica menos días. Este es un suministro adicional al suministro temporal indicado anteriormente.
- **Para los miembros actuales con cambios en el nivel de cuidado:**
  Podría haber transiciones imprevistas, como altas del hospital (incluso de hospitales psiquiátricos) o cambios en el nivel de cuidado (por ejemplo, un cambio de centros de cuidado a largo plazo, la entrada y salida de un centro de cuidado a largo plazo, la terminación de la cobertura de la Parte A con un centro de enfermería especializada, o la terminación de la cobertura de cuidados para enfermos terminales y volver a la cobertura de Medicare) que pueden ocurrir en cualquier momento. Si le recetan un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o las posibilidades de obtener sus medicamentos son limitadas de alguna manera, tendrá que usar el proceso de excepción del plan. Para la mayoría de los medicamentos, puede solicitar una sola vez un suministro temporal de un mínimo de 30 días que le permita tener tiempo para analizar tratamientos alternativos con su médico o solicitar una excepción a la Lista de Medicamentos (formulario). Si su médico le emite una receta por menos días, usted puede resurtir el medicamento hasta que haya recibido un suministro de 30 días como mínimo.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Durante el tiempo en que use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se le acabe su suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar el medicamento por otro

Hable con su proveedor para saber si otro medicamento cubierto por el plan podría surtirle exactamente el mismo efecto. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la manera que usted desea. Si su proveedor afirma que existen razones

médicas que justifican solicitar una excepción, ese proveedor puede ayudarle 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 puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si actualmente usted es miembro y un medicamento que toma se quitará del formulario o tendrá restricciones de algún tipo para el próximo año, le comunicaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 7.4 del Capítulo 9 para saber lo que debe hacer. Describe los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se tramite de manera justa y oportuna.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto

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

Puede cambiar el medicamento por otro

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que otro medicamento en un nivel de costo compartido más bajo pudiera surtirle exactamente el mismo efecto. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos. Si su proveedor afirma que existen razones médicas que justifican solicitar una excepción, ese proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 7.4 del Capítulo 9 para saber lo que deben hacer. Describe los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se tramite de manera justa y oportuna.

Los Medicamentos de Especialidad del Nivel 5 no cumplen los requisitos para este tipo de excepción. No reduciremos el costo compartido de los medicamentos de este nivel.

Sección 6 Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**
- **Agregar o quitar una restricción a la cobertura de un medicamento**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento**
- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico**

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de hacer cambios en la Lista de Medicamentos del plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se produzcan cambios en la Lista de Medicamentos, publicaremos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en Internet periódicamente. Algunas veces usted recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que usted toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante este año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de Medicamentos y quitar o realizar cambios inmediatamente a un medicamento similar en la Lista de Medicamentos.**
  - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos quitar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, trasladar el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o realizar ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y tendrá las mismas o menos restricciones.
  - Realizaremos estos cambios inmediatos solamente si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
  - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y avisarle posteriormente, incluso si toma el medicamento que quitamos o al que le realizamos cambios. Si usted toma un medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Agregar medicamentos a la Lista de Medicamentos y quitar o realizar cambios a un medicamento similar en la Lista de Medicamentos.**
  - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos quitar un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o realizar ambas cosas. La versión del medicamento que agregamos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y tendrá las mismas o menos restricciones.

- Realizaremos estos cambios solamente si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
- Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos como mínimo un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.

Quitar medicamentos peligrosos y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado.

- Algunas veces un medicamento es considerado peligroso o es retirado del mercado por otros motivos. Si esto sucede, podemos quitar el medicamento inmediatamente de la Lista de Medicamentos. Si usted toma ese medicamento, le informaremos después de realizar el cambio.

Realizar otros cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos

- Una vez que comience el año, es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que usted toma. Por ejemplo, podríamos hacer cambios según los recuadros de advertencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
- Le informaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si hacemos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con el profesional que receta sobre las opciones que le surtirían mejor efecto para usted, incluso cambiar su medicamento por otro para tratar su enfermedad o solicitar una decisión de cobertura para cumplir cualquier nueva restricción al medicamento que está tomando. Usted o el profesional que receta pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

En nuestra Lista de Medicamentos, posiblemente realizamos ciertos cambios que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no aplicará si usted está tomando el medicamento cuando se hace el cambio, sin embargo, estos cambios le afectarán a usted a partir del 1 de enero del próximo año del plan si usted permanece en el mismo plan.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Quitamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que usted toma (excepto si es retirado del mercado, si un medicamento genérico reemplaza uno de marca o por otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

No le notificaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Usted tendrá que revisar la Lista de Medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio en los medicamentos que toma que le afectará a usted durante el próximo año del plan.

Sección 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido por la Parte D, nosotros lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9.) Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, usted debe pagarlo de su bolsillo.

Las siguientes son 3 reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán mediante la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que podría estar cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compre fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso **fuera de la indicación aprobada** de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, tales como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System de Micromedex. Un uso **fuera de la indicación aprobada** es cualquier uso del medicamento diferente de los usos indicados en la etiqueta del medicamento como aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos indicadas a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos podrían estar cubiertos por su cobertura de medicamentos Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid). Consulte su Lista de Medicamentos de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) para saber si alguno de los medicamentos que se indican a continuación está cubierto:

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta sin receta)
- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de la tos o el resfrío
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos que se usan para tratar la anorexia, o para bajar o subir de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante requiere que se compren pruebas asociadas o se contraten servicios de control solamente del fabricante como condición para la venta

Si **recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, el programa Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que normalmente no tienen cobertura. (Consulte la Lista de Medicamentos del plan o llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 [los usuarios de TTY deben llamar al 711] para obtener más información.) Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, es posible que el programa de Medicaid de su estado cubra algunos medicamentos con receta que normalmente no tienen cobertura en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa de Medicaid de su estado para determinar la cobertura de medicamentos que podría tener. (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

Para surtir su receta, proporcione su información de ID de miembro de UnitedHealthcare (que se puede encontrar en su tarjeta de ID de miembro) en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan su medicamento.

Si no tiene consigo su información de membresía del plan, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información o puede pedir a la farmacia que busquen la información de inscripción en nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta al momento de surtirlo**. Después **podrá pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar reembolsos al plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por nuestro plan

Si se le admite en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que le dan de alta del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre y cuando los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura que se describen en este capítulo.

Sección 9.2 Si es residente de un centro de cuidado a largo plazo (LTC)

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (long term care, LTC) (como un asilo de convalecencia) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, o de la que el centro utiliza, siempre que la farmacia forme parte de nuestra red.

Consulte su **Directorio de Farmacias** (myUHC.com/CommunityPlan) para saber si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo o la que el centro utiliza es parte de nuestra red. Si la farmacia no forma parte de nuestra red o si usted necesita más información o ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted está en un centro de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir de rutina sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de cuidado a largo plazo.
Si es residente de un centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o tiene restricciones de algún tipo, consulte la Sección 5 para obtener información sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si usted también obtiene cobertura de medicamentos mediante un plan de grupo del empleador o de grupo para jubilados

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos a través del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Puede ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

Por lo general, si usted tiene cobertura de su grupo del empleador o grupo para jubilados, la cobertura de medicamentos que tiene de nuestro plan será **secundaria** a la cobertura de su grupo. Significa que su cobertura de grupo paga primero.

Nota especial sobre la 'cobertura acreditable':

Cada año, su grupo del empleador o su grupo para jubilados debe enviarle un aviso que le indica si su cobertura de medicamentos será "acreditable" para el próximo año calendario.

Si la cobertura del plan de grupo es **"acreditable"**, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague como mínimo, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos de Medicare.

Guarde todos los avisos sobre cobertura acreditable, porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, pida una copia al administrador de beneficios del grupo del empleador o del grupo para jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si usted está en un centro de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare

Ni el centro de cuidados para enfermos terminales ni nuestro plan cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de cuidados para enfermos terminales de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por su centro porque no está relacionado con su enfermedad terminal ni condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, ya sea del profesional que receta o de su proveedor de cuidados para enfermos terminales, que indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras con la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale al proveedor de cuidados para enfermos

terminales o al profesional que receta que proporcione la notificación antes de que la receta se surta.

En el caso de que usted revoque su elección de cuidados para enfermos terminales o que sea dado de alta del centro de cuidados para enfermos terminales, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos según se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados para enfermos terminales de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta del centro.

Sección 10 Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos

Realizamos revisiones del uso de medicamentos que ayuda a garantizar que nuestros miembros reciban un cuidado seguro y apropiado.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros periódicamente. En estas revisiones buscamos problemas potenciales como:

- Posibles errores con los medicamentos
- Medicamentos que quizás no sean necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma enfermedad
- Medicamentos que tal vez no sean seguros o apropiados para su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades riesgosas de medicamentos analgésicos opioides

Si identificamos un posible problema en su uso de medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregirlo.

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

Contamos con un programa que ayuda a asegurarnos de que nuestros miembros usen de manera segura los medicamentos opioides con receta y otros medicamentos que con frecuencia se abusan. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usted usa medicamentos opioides que obtiene de varios profesionales que recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides reciente, es posible que hablemos con sus profesionales que recetan para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al hablar con sus profesionales que recetan, decidimos que el uso de sus medicamentos opioides o benzodiacepinas tal vez no sea seguro, podemos limitar la manera en que usted puede obtener esos medicamentos. Si le incluimos en nuestro Programa de Administración de Medicamentos, las limitaciones podrían ser:

- Requerirle que usted surta todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas en ciertas farmacias
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de ciertos profesionales que recetan
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la manera en que usted obtiene esos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le indicará si vamos a limitar la cobertura de esos medicamentos o si usted deberá obtener las recetas de esos medicamentos solamente de un profesional que receta o de una farmacia en particular. Usted tendrá la oportunidad de informarnos de los profesionales que recetan o las farmacias que prefiere usar, y sobre cualquier otra información que crea que es importante que nosotros sepamos. Después de que usted haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de esos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si piensa que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el profesional que receta tienen derecho a apelar. Si apela, nosotros revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud sobre las limitaciones que se aplican al acceso de sus 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 le incluiremos en nuestro Programa de Administración de Medicamentos si usted tiene ciertas enfermedades, como dolor relacionado con el cáncer o anemia drepanocítica, si está recibiendo cuidados para enfermos terminales, paliativos o para el final de la vida, o si vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Sección 10.2 Programas de Manejo de Terapias de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

Contamos con programas que pueden ayudar a los miembros que tienen necesidades complejas de salud. Uno de los programas se llama programa de Manejo de Terapias de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Estos programas son voluntarios y gratuitos. Un equipo de farmacéuticos y médicos elaboró los programas para nosotros a fin de ayudarnos a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de costos de medicamentos o están en un Programa de Administración de Medicamentos para ayudarles a que usen medicamentos opioides de manera segura, podrían recibir servicios a través de un programa de Manejo de Terapias de Medicamentos. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre sus medicamentos, cuáles son sus costos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga con respecto a sus medicamentos con y sin receta. Recibirá un resumen por escrito que contiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que usted toma, la cantidad que toma y la frecuencia y la razón por la que los toma. Además, los miembros en el programa de Manejo de Terapias de Medicamentos obtendrán información sobre

las maneras más seguras para desechar los medicamentos con receta que forman parte de las sustancias controladas.

Sería conveniente que hable con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a la visita o téngalo consigo en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. Mantenga actualizada su lista de medicamentos y llévela consigo (por ejemplo, junto con su ID) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos la información pertinente. Si decide no participar, notifíquenos y cancelaremos su inscripción. Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 11 Su Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D indica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que usted realiza cuando surte recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando usted pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Llevamos un registro de 2 tipos de costos:

- **Gastos de su bolsillo:** esto es lo que usted pagó. Incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante el programa “Ayuda Adicional” de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de ayuda de medicamentos para el Sida, organizaciones de beneficencia y la mayoría de los Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si usted surtió una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una Explicación de Beneficios de la Parte D. La Explicación de Beneficios de la Parte D incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe incluye los detalles de pago de las recetas que surtió en el mes anterior. Indica los costos totales de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan, así como lo que pagaron usted y otras personas en nombre de usted.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto indica los costos totales de los medicamentos y el pago total de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esto indica el precio total del medicamento e información sobre los cambios en el precio desde el primer surtido en cada reclamo de medicamentos con receta de la misma cantidad.

- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles.** Esto muestra información en cada reclamo de medicamentos con receta sobre otros medicamentos de costo compartido más bajo que pueden estar disponibles, si corresponde.

Sección 11.1 Ayúdenos a mantener su información de pagos de medicamentos actualizada

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted realiza por los medicamentos, usamos los registros que recibimos de las farmacias. Nos puede ayudar a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su UCard cada vez que surta una receta.** Esto asegura que estamos al tanto de las recetas que surte y de lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** Es posible que, en algunas ocasiones, usted pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información necesaria para llevar un registro de los gastos de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos de su bolsillo, envíenos copias de sus recibos. **Ejemplos en los que nos debe enviar copias de sus recibos de medicamentos:**
  - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuentos que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando paga un copago por medicamentos suministrados mediante un programa de asistencia a pacientes patrocinado por un fabricante de medicamentos.
  - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
  - Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar que paguemos nuestra parte del costo. Para las instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos la información sobre los pagos que otros realicen por usted.** Los pagos realizados por ciertas personas y organizaciones también se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS drug assistance program, ADAP), el Servicio de Salud Indígena y las organizaciones de beneficencia se toman en cuenta como los gastos de su bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus gastos.
- **Revise el informe por escrito que le enviamos.** Cuando reciba la Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D por correo, revísela para verificar que la información sea correcta y esté completa. Si piensa que falta algo o si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968, TTY 711. También puede consultar la Explicación de Beneficios en nuestro sitio web en myUHC.com/CommunityPlan. Asegúrese de guardar estos informes.

Capítulo 6:

Lo que usted paga por medicamentos de la Parte D

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Debido a que usted cumple los requisitos de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), usted califica para, y está recibiendo, el programa "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Como miembro de UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) que recibe el programa "Ayuda Adicional" de Medicare, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Su deducible anual es de $0 y usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D que están cubiertos por nuestro plan. Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina cubierta – Usted pagará un máximo de $0 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas – Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de Medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted. Consulte la Lista de Medicamentos de su plan o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener información detallada sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

Su membresía en nuestro plan no se verá afectada por el hecho de que usted recibe el programa Ayuda Adicional. Usted obtendrá la misma cobertura que cualquier persona que no recibe el programa Ayuda Adicional.

¿Qué es el programa Ayuda Adicional?

El programa Ayuda Adicional es ofrecido por la Administración del Seguro Social. Le ayuda a ahorrar en los costos de medicamentos con receta. Esto significa que usted recibe ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos o los coseguros de su plan de medicamentos con receta.

¿Puede cambiar la cantidad que pago durante el año por los medicamentos cubiertos de la Parte D?

La cantidad que usted paga será la misma durante todo el año.

Consulte la sección 7 del Capítulo 2 para obtener más información sobre el programa Ayuda Adicional y otros programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta.

Capítulo 7:

Cómo solicitar el pago de nuestra parte del costo de los servicios médicos o los medicamentos cubiertos

Sección 1 Situaciones en las que usted debe pedirnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red facturan directamente a nuestro plan por sus servicios y medicamentos cubiertos – usted no debería recibir ninguna factura por los servicios y medicamentos cubiertos. Si usted recibe una factura por el costo total del cuidado médico o de los medicamentos que recibió, envíenos esa factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que tienen cobertura, le pagaremos directamente al proveedor.

Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicare cubierto por nuestro plan, puede pedirnos que le reembolsemos (es decir, que le demos un reembolso). Usted tiene derecho a recibir un reembolso de nuestro plan cada vez que usted haya pagado más que su parte del costo de los servicios médicos o de los medicamentos que cubre nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para recibir un reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que usted ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que tienen cobertura, le reembolsaremos el costo de los servicios o de los medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total del cuidado médico que usted recibió o posiblemente por una cantidad mayor que la parte que le corresponde del costo compartido. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si no logra resolverla, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que tienen cobertura, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, le notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted todavía tiene derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que usted recibió:

1. **Si recibió cuidado médico de emergencia o requerido de urgencia de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan**
   Fuera del área de servicio, usted puede recibir servicios para emergencias o servicios requeridos de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que sea parte o no de nuestra red. En estos casos, pídale al proveedor que facture a nuestro plan.

- Si usted paga la cantidad total al momento de recibir el cuidado, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que realizó.
- Usted podría recibir una factura del proveedor en la que se le pide un pago que usted piensa que no adeuda. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que realizó.
  - Si se le adeuda alguna cantidad al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
  - Si usted ya pagó más que su parte del costo del servicio, determinaremos la cantidad que le correspondía pagar y le reembolsaremos nuestra parte del costo.
- Usted también puede recibir servicios para emergencias o servicios requeridos de urgencia de un proveedor fuera de los Estados Unidos. Si recibe servicios para emergencias o servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos, es posible que el proveedor exija que usted pague el costo total de los servicios. Pida una factura o un recibo detallado por escrito que indique los servicios específicos que le prestaron. Envíenos una copia de la factura detallada o un recibo detallado para que le reembolsemos. Debe estar preparado para ayudarnos a obtener toda la información necesaria para procesar correctamente su solicitud de reembolso, incluso los registros médicos. El cuidado de emergencia y el cuidado requerido de urgencia en el extranjero tienen cobertura solamente si usted pagó directamente y nos presentó la solicitud de reembolso, o cuando el reembolso sea solicitado directamente por usted y cuando podamos hacer los arreglos para pagarle al proveedor que presta el servicio directamente. Las facturas y los registros médicos de respaldo deben ser presentados directamente por usted o directamente por el proveedor que presta el servicio. Cualquier servicio o documentación que sean presentados por facturadores externos, intermediarios o empresas de administración de reclamos no son reembolsables.

2. Si un proveedor de la red le envía una factura y usted piensa que no la debería pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturarle directamente a nuestro plan. Pero a veces cometen errores y le cobran una cantidad mayor que la parte que le corresponde del costo.

- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red y usted piense que es por una cantidad mayor a la que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó la factura a un proveedor de la red pero piensa que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado. Pídanos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que le correspondía pagar según nuestro plan.

3. Si su inscripción en nuestro plan es retroactiva

En ocasiones, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto quiere decir que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede haber sido incluso el año pasado.)

Si se le inscribió de manera retroactiva en nuestro plan y usted pagó de su bolsillo cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá presentarnos la documentación necesaria, como recibos y facturas, para tramitar su reembolso.

4. Si usted usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si visita una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos directamente el reclamo. Cuando esto suceda, usted tendrá que pagar el costo total de su medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solamente cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que nosotros pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Si usted paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo nuestra UCard

Si no lleva consigo nuestra UCard, puede pedir a la farmacia que llamen a nuestro plan o que busquen nuestra información en el plan. Si la farmacia no puede obtener inmediatamente la información de inscripción, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que usted pagó es mayor que el precio negociado por el medicamento.

6. Si usted paga el costo total de un medicamento con receta debido a otras razones

Es posible que deba pagar el costo total del medicamento con receta porque, por alguna razón, el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, tal vez el medicamento no está en la **Lista de Medicamentos** de nuestro plan o tiene un requisito o una restricción que usted desconocía o si usted cree que esa restricción no se debe aplicar en su caso. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos. En ciertos casos, tal vez necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que usted pagó es mayor que el precio negociado por el medicamento.

7. Si utiliza sus beneficios de cobertura mundial de servicios para emergencias, de servicios requeridos de urgencia mundiales, o de transporte de emergencia mundial

Importante: Si es admitido en un hospital después de una emergencia médica mientras viajaba fuera de los Estados Unidos, llame a Servicio al Cliente de inmediato utilizando el número de

teléfono que aparece en su tarjeta de ID del plan de salud. Esto asegura la coordinación del cuidado y acceso al apoyo oportunamente.

Usted tendrá que pagar el costo total de los servicios para emergencias que reciba fuera de los Estados Unidos al momento de recibirlos. Para recibir un reembolso de nosotros, usted debe hacer lo siguiente:

- Pague la factura al momento de recibirla. Nosotros le reembolsaremos la diferencia entre la cantidad de su factura y el costo compartido que le corresponde por los servicios recibidos, según se indica en el Capítulo 4 y las secciones de Exclusiones de este documento.
- Guarde todos sus recibos y envíenos copias de ellos cuando nos pida que le reembolsemos. En ciertos casos, tal vez necesitemos obtener más información de su parte o del proveedor que prestó los servicios, para reembolsarle nuestra parte del costo.
- Si se le pide que pague su factura por los servicios para emergencias con cobertura mundial y usted no puede realizar el pago, llame a Servicio al Cliente para recibir ayuda adicional y es posible que podamos trabajar directamente con el proveedor que prestó los servicios para ayudarle a coordinar el pago de los servicios cubiertos en nombre de usted. Usted debe solicitar el pago de los servicios en el extranjero directamente a nosotros, y usted o el proveedor que prestó los servicios deben enviarnos toda la documentación directamente.
- Las solicitudes de pago de intermediarios, empresas de administración de reclamos o facturadores externos que no sean el proveedor que prestó los servicios no son reembolsables. Nunca proporcionamos formularios a proveedores extranjeros, empresas de administración de reclamos ni facturadores externos que requieran su firma o un depósito o pago para recibir nuestro reembolso. En algunos países, es posible que se le solicite un depósito o que firme formularios, y el proveedor se compromete a cobrarnos el resto directamente a nosotros. Sin embargo, no reembolsaremos los formularios que un proveedor extranjero, una empresa de administración de reclamos o un facturador externo nos envíe en su nombre, incluso si incluyen el nombre o el logotipo de UHC. Solamente consideraremos las solicitudes de reembolso por servicios médicos que usted reciba de un proveedor extranjero y que usted nos envíe directamente. Esto nos permite confirmar que usted recibió los servicios y que se le reembolsa la misma cantidad que se le facturó o que pagó en el momento en que se prestó el servicio.
- Si recibe servicios en un país extranjero que no sean servicios para emergencias o servicios requeridos de urgencia con cobertura mundial, según se describe en esta Evidencia de Cobertura, usted es completamente responsable del pago de dichos servicios. Ni el plan ni Medicare pagarán los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos que no estén descritos explícitamente como servicios cubiertos en esta Evidencia de Cobertura.
- Usted debe solicitar el reembolso al Plan de Salud en un plazo no mayor de 12 meses a partir de la fecha en que recibió los servicios. Usted debe proporcionar la siguiente documentación con su solicitud:

  1. Una factura detallada del centro que incluya el nombre del hospital, su nombre, las fechas de su estadía, una lista de cargos, una breve descripción de cada cargo y el total.

2. Un recibo o comprobante de pago que demuestre que se pagó la cantidad de la factura. Los comprobantes de pago aceptables son el recibo de la tarjeta de crédito, un cheque cancelado o un resumen de cuenta bancario. En el caso de pagos en efectivo, se acepta una factura detallada del proveedor que demuestre que se realizó el pago en efectivo y que detalle el saldo restante.

3. Una copia del registro médico o de la documentación que describa la situación médica y el curso del tratamiento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que tienen cobertura, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o del medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede pedirnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de los pagos que haya realizado. Es buena idea que usted haga una copia de su factura y los recibos para su archivo personal.

Para solicitar el pago y asegurarse de proporcionarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (**myUHC.com/CommunityPlan**) o llame a Servicio al Cliente para pedir el formulario.

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

Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D:
Optum Rx
P.O. Box 650287
Dallas, TX 75265-0287
Solicitudes de pago de reclamos médicos:
UnitedHealthcare
P.O. Box 31350
Salt Lake City, UT 84131-0350

Usted debe presentarnos su reclamo de la Parte C (servicios médicos) en un plazo no mayor de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento de la Parte B.

Usted debe presentarnos su reclamo de la Parte D (medicamentos con receta) en un plazo no mayor de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento.

Sección 3 Revisaremos su solicitud de pago y podemos aceptarla o denegarla

Una vez que recibamos su solicitud de pago, si resulta necesario, le pediremos información adicional. De lo contrario, revisaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento tiene cobertura y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si usted aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento **no** tiene cobertura, o si usted **no** siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo del cuidado o del medicamento. Le enviaremos una carta en la que explicaremos las razones por las que no realizamos el pago, además de su derecho a apelar esta decisión.

Sección 3.1 Si le indicamos que no pagaremos el total o una parte del costo del cuidado médico o del medicamento, usted puede presentar una apelación

Si piensa que hemos cometido un error al denegar su solicitud de pago o en la cantidad que pagamos, usted puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos pide que cambiemos nuestra decisión de denegar su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener información detallada sobre cómo presentar esa apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

Capítulo 8:

Sus derechos y responsabilidades

Sección 1	**Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales**
Sección 1.1	**Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales médicos y proveedores, además de los derechos y las responsabilidades de los miembros. Debemos proporcionar la información de una forma que le resulte conveniente y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)**

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de una manera culturalmente competente y estén a disposición de todos los miembros, incluidos aquellos que tienen un dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos que tienen distintos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión al servicio de TTY (teléfono de texto o teletipo).

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Se nos exige que le proporcionemos la información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener más información de nuestra parte de una forma que le resulte conveniente, llame al número de Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Customer Service number at 1-866-842-4968 for additional information (TTY users should call 711).

Nuestro plan debe proporcionar a las mujeres que son miembros la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para recibir servicios para el cuidado de la salud preventivos y de rutina de la mujer.

Si los proveedores dentro de la red de nuestro plan para una especialidad no están a su disposición, nuestro plan tiene la responsabilidad de encontrar proveedores de especialidades fuera de la red para que le proporcionen el cuidado que necesita. En este caso, usted solo pagará el costo compartido que corresponde dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas dentro de la red de nuestro plan que presten un servicio que necesita, llame a

nuestro plan para obtener información sobre dónde visitar para recibir este servicio a un costo compartido igual que si se tratara de uno dentro de la red.
Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía) para presentar una queja formal. También puede presentar una queja ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Section 1.1 You have a right to receive information about the organization, its services, its practitioners and providers and miembro rights and responsibilities. We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

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

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Servicio al Cliente number at 1-866-842-4968 for additional information (TTY users should call 711).

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Se nos exige que le proporcionemos la información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener más información de nuestra parte de una forma que le resulte conveniente, llame al número de Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.
If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost-sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost-sharing.
If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Servicio al Cliente (phone numbers are printed on the cover of this booklet). You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizar que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) dentro de la red de nuestro plan para que haga los arreglos necesarios y le preste sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 ofrece más información). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (por ejemplo, un ginecólogo) sin una referencia.

Usted tiene derecho a programar citas y recibir servicios cubiertos de los proveedores de la red de nuestro plan, **dentro de un plazo razonable**. Esto incluye el derecho a recibir servicios de especialistas de manera oportuna cuando usted necesite ese cuidado. Además, usted tiene derecho a que le surtan o resurtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin esperar demasiado tiempo.

Cómo Recibir Cuidado Fuera del Horario de Atención

Si necesita hablar o consultar con su Proveedor de Cuidado Primario fuera del horario de atención del consultorio, llame al consultorio de su Proveedor de Cuidado Primario. El médico que esté de guardia le devolverá la llamada y le indicará cómo proceder.

Si usted cree que no recibe su cuidado médico o sus medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9 indica lo que puede hacer.

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

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

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que usted nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, además de sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control del uso de su información de salud. Nosotros le proporcionamos un aviso por escrito llamado Aviso de Prácticas de Privacidad, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Garantizamos que sus registros no sean vistos ni modificados por ninguna persona sin autorización.
- Excepto en las circunstancias indicadas a continuación, si intentamos proporcionar su información de salud a alguien que no le esté proporcionando cuidado ni esté pagando su cuidado, tenemos la obligación de obtener primero el permiso de usted por escrito o de alguien a quien usted le haya dado un poder legal para que tome decisiones por usted.
- Hay ciertas excepciones en las que no se nos exige que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
  - Se nos exige que divulguemos información de salud a las agencias del gobierno que verifican la calidad del cuidado.

- Como miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige que proporcionemos a Medicare su información de salud que incluye la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación o para otros usos, esto se hará según los estatutos y normas federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que le identifica de manera única.

Usted puede consultar la información de sus registros y saber cómo se ha compartido con terceros

Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos en poder de nuestro plan, y a recibir una copia de estos registros. Se nos permite cobrarle un cargo por hacer las copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que agreguemos o corrijamos información en sus registros médicos. Si nos pide esto, colaboraremos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con terceros para cualquier finalidad que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al711).

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PUEDE USAR Y DIVULGAR, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Entra en vigencia el 1 de enero de 2024

Por ley, debemos[1] proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Tenemos la obligación de enviarle este aviso. El aviso le explica:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartir su información de salud con terceros.
- Qué derechos tiene usted sobre su información de salud.

Por ley, debemos cumplir las condiciones de nuestro aviso vigente.

La información de salud es información sobre su salud o sus servicios médicos. Tenemos derecho a realizar modificaciones en este aviso de prácticas de privacidad. Si realizamos modificaciones importantes, se lo notificaremos por correo o por correo electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. Cualquier cambio en el aviso se aplicará a toda la información de salud que tengamos. Le notificaremos si ocurre una violación de su información de salud.

Cómo Recopilamos, Usamos y Compartimos su Información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con:

- Usted o su representante legal o personal.
- Ciertas agencias del gobierno. Para verificar que cumplimos con las leyes de privacidad.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud con ciertos fines. Esto puede ser para su tratamiento, para pagar su cuidado o para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Para los Pagos.** Para procesar pagos y pagar reclamos. Por ejemplo, podemos informar a un médico si pagaremos ciertos procedimientos médicos y el porcentaje de la factura que se podría cubrir.
- **Para el Tratamiento o la Administración del Cuidado.** Para ayudar con su cuidado. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con un hospital en el que se encuentre usted, para ayudarles a proporcionarle cuidado médico.
- **Para las Tareas Administrativas de Cuidado de la Salud.** Para llevar adelante nuestra actividad comercial. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para informarle sobre un programa especial para el manejo de enfermedades o un programa de bienestar disponible para usted. Podemos analizar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para Informarle sobre Programas o Productos de Salud.** Podemos describirle otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar restringidas por la ley.
- **Para los Patrocinadores del Plan.** Si usted recibe seguro de salud a través de su empleador, podemos compartir con su empleador información sobre su inscripción, la cancelación de su inscripción y un resumen de información de salud. También podemos compartir con su empleador información de salud adicional si el empleador limita su uso como corresponde.
- **Para Fines de Suscripción.** Para tomar decisiones de suscripción de seguros de salud. No usaremos su información genética con fines de suscripción.
- **Para Recordatorios de Beneficios o Cuidado.** Podemos enviarle recordatorios sobre las citas que usted tenga programadas e información sobre sus beneficios de salud.
- **Para Comunicarnos con Usted.** Podemos comunicarnos con usted e informarle sobre los beneficios de su seguro de salud, el cuidado de su salud o los pagos.

Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Según lo Exija la Ley.** Para seguir las leyes que nos aplican.
- **A las Personas Involucradas en su Cuidado.** Un familiar u otra persona que ayuda con su cuidado médico o ayuda a pagarlo. También puede ser a un familiar en caso de emergencia. Esto puede suceder si usted no puede decirnos si podemos compartir su información de salud o no. Si usted no puede decirnos lo que prefiere, aplicaremos nuestro mejor criterio. Si se permite, después de su fallecimiento, podemos compartir información de salud con los familiares o amigos que ayudaron con su cuidado o pagaron su cuidado.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Por ejemplo, para evitar la propagación de enfermedades o para informar problemas con productos o medicamentos.
- **Para Denunciar Abuso, Negligencia o Violencia Intrafamiliar.** Podemos compartir la información de salud solo con ciertas entidades autorizadas por ley a obtenerla. Estas entidades pueden ser una agencia de servicios sociales o de protección.

- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia permitida por la ley para obtener la información de salud. Por ejemplo, para la concesión de licencias, para auditorías y para investigaciones de abuso y fraude.
- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos**, por ejemplo, para responder una orden judicial o citación legal.
- **Para Cumplir con la Ley.** Para encontrar a una persona desaparecida o para denunciar un delito.
- **Para Amenazas contra la Salud o la Seguridad.** A las agencias de salud pública o a los responsables de hacer cumplir la ley, por ejemplo, en situaciones de emergencia o una catástrofe.
- **Para Funciones del Gobierno.** Para uso militar o de veteranos, por seguridad nacional o para ciertos servicios de protección.
- **Para el Seguro de Accidentes Laborales.** Si se lesionó en el trabajo o para cumplir con las leyes laborales.
- **Para Fines de Investigación.** Por ejemplo, para estudiar una enfermedad o condición médica. También podemos usar información de salud para ayudar a preparar un estudio de investigación.
- **Para Proporcionar Información sobre Personas Fallecidas.** Por ejemplo, a un médico forense o un médico legista que puede ayudar a identificar a la persona que murió, por qué murió o para cumplir ciertas leyes. También podemos compartir información de salud con los directores de funerarias.
- **Para el Trasplante de Órganos.** Por ejemplo, para ayudar a obtener, almacenar o trasplantar órganos, córneas o tejidos.
- **A Instituciones Correccionales u Organismos Responsables de Hacer Cumplir la Ley.** Para personas en custodia, por ejemplo: (1) para proporcionar cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y la salud de los demás; y (3) para la seguridad de la institución.
- **A Nuestros Socios Comerciales.** Para prestarle servicios, si es necesario. Estas son compañías que nos prestan servicios. Se comprometen a proteger su información de salud.
- **Otras Restricciones.** Las leyes federales y del estado pueden limitar aún más la manera en que podemos usar la información de salud que se indica a continuación. Cumpliremos las leyes más estrictas que se apliquen.
    1. Trastornos por consumo de sustancias y de alcohol
    2. Información biométrica
    3. Abuso o negligencia de menores o adultos, incluso el abuso sexual
    4. Enfermedades contagiosas
    5. Información genética
    6. VIH/SIDA
    7. Salud mental

8. Información de menores
9. Medicamentos con receta
10. Salud reproductiva
11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos o compartiremos su información de salud según se describe en este aviso o con su consentimiento por escrito. Le pediremos su consentimiento por escrito para compartir notas sobre su psicoterapia, excepto en ciertos casos permitidos por la ley. Le pediremos su consentimiento por escrito para vender su información de salud a otras personas. Le pediremos su consentimiento por escrito para usar su información de salud en cierta correspondencia de marketing. Si nos da su consentimiento, podrá retirarlo. Para saber cómo puede hacerlo, llame al número de teléfono que se encuentra en su UCard.

Sus Derechos

Usted tiene los siguientes derechos relacionados con su información de salud.

- **A pedirnos que limitemos** nuestro uso o la divulgación de su información para tratamientos, procesamiento de pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a familiares u otras personas que ayudan con su cuidado o ayudan a pagarlo. Podemos permitirles a sus dependientes que nos soliciten límites. **Trataremos de conceder su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.** Su solicitud para limitar nuestro uso o la divulgación se debe hacer por escrito.
- **A pedir recibir comunicaciones confidenciales** de una manera o en un lugar diferente. Por ejemplo, a una casilla postal, y no a su domicilio. Aceptaremos su solicitud según lo permitan las leyes federales y del estado. Aceptamos solicitudes verbales, pero podríamos pedirle que confirme su solicitud por escrito. Usted puede cambiar su solicitud. Debe hacerlo por escrito. Envíe la solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación.
- **A ver o recibir una copia** de cierta información de salud. Debe pedirlo por escrito. Envíe la solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, puede solicitar una copia electrónica. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar que se revise la denegación.
- **A solicitar que se enmiende.** Si le parece que su información de salud es incorrecta o está incompleta, puede pedir que la modifiquen. Debe pedirlo por escrito. Debe indicar las razones del cambio. Responderemos a su solicitud en el plazo que la ley nos exige. Envíe esta solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, usted puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.
- **A recibir un informe** que indica cuándo compartimos su información de salud durante los seis años antes de su solicitud. Esto no incluirá la información de salud que compartimos por los siguientes motivos: (i) Para tratamientos, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones correccionales u organismos responsables de hacer cumplir la ley. Tampoco indicará las divulgaciones de información que la ley federal no nos exige realizar un seguimiento.

- **A recibir una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web.
- **En ciertos estados, es posible que tenga derecho a solicitar que eliminemos** su información de salud. Según el lugar donde usted viva, es posible que pueda solicitarnos que eliminemos su información de salud. Responderemos a su solicitud en el plazo que la ley nos exige. Si no podemos, se lo diremos. Si no podemos, usted puede escribirnos, señalando por qué no está de acuerdo, y enviarnos la información correcta.

Cómo Ejercer sus Derechos

- **Para Comunicarse con su Plan de Salud.** Si tiene preguntas sobre este aviso o si desea ejercer sus derechos, **llame al número de teléfono que se encuentra en su UCard.** O puede comunicarse con el Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al 1-866-842-4968, o TTY/RTT 711.
- **Para Presentar una Solicitud por Escrito.** Envíela por correo a:

  UnitedHealthcare Privacy Office
  MN017-E300
  PO Box 1459
  Minneapolis MN 55440

- **Para Presentar una Queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja a la dirección que se indica anteriormente.

También puede notificar a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

[1] Este Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información Médica se aplica a los planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite **uhc.com/privacy/entities-fn-v2**.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Entra en vigencia el 1 de enero de 2024

Protegemos[2] su “información financiera (financial information, “FI”) personal”. La información financiera no es información de salud. La información financiera le identifica y generalmente no es de dominio público.

Información que Recopilamos

- Obtenemos información financiera de sus solicitudes o formularios. Por ejemplo, su nombre, dirección, edad y número del Seguro Social.
- Obtenemos información financiera de sus transacciones con nosotros o con terceros. Puede incluir datos del pago de primas.

Compartir Información Financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

Podemos compartir su información financiera para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos compartir su información financiera con nuestras compañías afiliadas. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartir su información financiera para procesar transacciones.
- Podemos compartir su información financiera para mantener sus cuentas.
- Podemos compartir su información financiera para responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- Podemos compartir su información financiera con compañías que preparan nuestros materiales de marketing.

Confidencialidad y Seguridad

Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información financiera. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información financiera.

Preguntas Sobre este Aviso

Llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su UCard o comuníquese con el Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al 1-866-842-4968, o TTY/RTT 711.

---

[2] A efectos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” hacen referencia a los planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group y a las siguientes compañías afiliadas de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation.; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of NJ, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Holdings, Inc.; Level2 Health Management, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Health Care Solutions, Inc.; Optum Health Networks, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solamente se aplica donde lo exige la ley. En particular,

no se aplica a (1) los productos de seguros de cuidado de la salud ofrecidos en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; ni a (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados en los que hay excepciones. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite **uhc.com/privacy/entities-fn-v2**.

© 2024 United HealthCare Services, Inc.

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

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a recibir varios tipos de información de nuestra parte. Es posible que de vez en cuando llamemos para informarle sobre otros servicios y productos de Medicare que ofrecemos. Llame a Servicio al Cliente si prefiere no recibir las llamadas o si no desea recibir ninguno de los siguientes tipos de información:

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.**
  - Usted tiene derecho a recibir información sobre la acreditación profesional de los proveedores y las farmacias de nuestra red y de la manera como pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir para usar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información relacionada con los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre la razón por la que algo no está cubierto y lo que usted puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito cuando un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene alguna restricción. Además, el Capítulo 9 proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también se llama una apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre el cuidado de su salud

Usted tiene derecho a recibir información completa de los médicos y otros proveedores de cuidado de la salud. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento **de una manera que usted pueda comprender**.

También tiene derecho a participar plenamente en todas las decisiones sobre el cuidado de su salud. Para ayudarle a tomar decisiones, junto con sus médicos, sobre el tratamiento más adecuado para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, independientemente del costo o de si están cubiertas o no por nuestro plan. También incluye que se le informe sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado con su cuidado. Se le debe informar por anticipado si una parte del tratamiento o cuidado médico propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar tratamientos experimentales.
- **El derecho a "negarse".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a salir de un hospital o de otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que sea mejor que se quede. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si se niega a recibir un tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted asume plena responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado de esta decisión.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si usted no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a indicar lo que desea que se haga si se encontrara en esta situación. Esto significa que, **si usted lo desea**, puede:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si en algún momento usted no puede tomarlas por sí mismo.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo de su cuidado médico si en algún momento usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que usted puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **instrucciones por anticipado**. Los documentos como el **testamento vital** y el **poder legal para cuidado de la salud** son ejemplos de instrucciones por anticipado.

Si desea usar un formulario de "instrucciones por anticipado", debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de Instrucciones por Anticipado de su abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de instrucciones por anticipado en organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio al Cliente si necesita ayuda para obtener un formulario de instrucciones por anticipado.
- **Llene el formulario y fírmelo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, es un documento legal. Le conviene consultar a un abogado para que le ayude a llenarlo correctamente.
- **Entregue copias del formulario a las personas correspondientes.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombró en el formulario como responsable de

tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Quizá también desee entregar copias a amigos íntimos o a familiares. Guarde una copia en su domicilio.

Si usted sabe con anticipación que será hospitalizado y ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado, **lleve una copia con usted al hospital**.

- En el hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado y si lo tiene con usted.
- Si no firmó un formulario de instrucciones por Anticipado, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Es su decisión si desea llenar un formulario de instrucciones por anticipado (incluso la decisión de firmar uno si está en el hospital). Según la ley, nadie puede denegarle el cuidado ni discriminarle por haber firmado o no instrucciones por anticipado.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si firma un formulario de instrucciones por anticipado y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones del formulario, usted puede presentar una queja ante la agencia correspondiente de su estado, por ejemplo, el Departamento de Salud de su Estado. Consulte la Sección 3 del Capítulo 2 para obtener la información de contacto de la agencia que corresponde a su estado.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas o apelaciones con respecto a la organización o al cuidado que le proporciona. Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado

Si tiene problemas, inquietudes o quejas y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer.

Independientemente de lo que haga – solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja – **tenemos la obligación de tratarle de manera justa.**

Sección 1.7 Si cree que le han tratado injustamente o que no se respetan sus derechos

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

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se respetaron sus derechos y no es un tema de discriminación, puede recibir ayuda para tratar su problema en estos lugares:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su programa SHIP local al 1-800-963-5337**.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Usted tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a la norma de la organización sobre los derechos y responsabilidades de los miembros. Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**.
- Para obtener información sobre el programa de calidad de su plan de salud específico, llame a Servicio al Cliente. También puede acceder a esta información por Internet en uhc.com/medicare/resources.html. Consulte la sección “Additional Medicare information and forms” (Información adicional de Medicare y formularios) y elija “Find information” (Buscar información). Luego elija “Other resources and plan information” (Otros recursos e información del plan) y después “Commitment to quality” (Compromiso con la calidad).
- **Llame a su programa SHIP local al 1-800-963-5337**.
- Comuníquese con **Medicare**.
  - Visite el sitio web es.medicare.gov para leer la publicación Derechos y Protecciones de Medicare (disponible en: (Derechos y Protecciones de Medicare)
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación se detalla lo que debe hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y con las reglas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.** Use esta **Evidencia de Cobertura** para saberlo que tiene cobertura y las reglas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 contienen información detallada sobre los servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 contienen información detallada sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si usted tiene otra cobertura de salud u otra cobertura de medicamentos además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** El Capítulo 1 explica la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a los demás proveedores de cuidado de la salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su UCard cada vez que reciba cuidado médico u obtenga medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores al proporcionar información, hacer preguntas y cumplir con todas las indicaciones del cuidado de su salud.**
  - Para que pueda recibir el mejor cuidado, infórmeles a sus médicos y a otros proveedores de cuidado de la salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y su médico acuerden.

- Asegúrese que sus médicos sepan todos los medicamentos que toma, incluso los medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos.
- Si tiene preguntas, no dude en hacerla y asegúrese de que comprende la respuesta.

- **Sea respetuoso.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted se comporte de tal manera que haga posible el buen funcionamiento del consultorio de su médico, de los hospitales y de otros sitios similares.
- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Para cumplir los requisitos de nuestro plan, usted debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros del plan, Medicaid paga la prima de la Parte A (si usted no califica para ella automáticamente) y la prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Si tiene la obligación de pagar una multa por inscripción tardía, usted debe pagar la multa para poder mantener su cobertura de medicamentos con receta.
  - Si tiene la obligación de pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a que sus ingresos son altos (según su última declaración de impuestos), usted debe seguir pagando la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
  - **Si se muda dentro del área de servicio de nuestro plan, debemos saberlo** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y comunicarnos con usted.
  - Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

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

Sección 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una duda

Este capítulo explica los procesos para resolver problemas y dudas. El proceso que usted usa para resolver su problema depende del tipo de problema que tenga:

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

Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir nosotros y usted.

La Sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado en su caso y qué debería hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Algunas de las reglas, los procedimientos y los plazos que se explican en este capítulo incluyen términos legales. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para simplificar, este capítulo usa palabras más comunes en lugar de algunos términos legales.

- Usa palabras más comunes en lugar de usar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se dice “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización integrada” o “determinación de cobertura” o “determinación del riesgo” y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También se usa la menor cantidad de siglas posible.

Sin embargo, puede ser útil – y hasta muy importante – que usted conozca los términos legales correctos. Al conocer los términos, podrá comunicarse con más precisión y podrá obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber qué términos usar, incluimos términos legales con los detalles para resolver situaciones específicas.

Sección 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre cómo le tratamos, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Siempre debe llamar a servicio al cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir ayuda. En algunas situaciones, es posible que también desee recibir ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Las dos organizaciones que pueden ayudarle son:

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Cada estado tiene un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Los asesores de este programa pueden explicarle qué proceso debe usar para resolver el problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para recibir ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite es.medicare.gov

Puede recibir ayuda e información de Medicaid

Para obtener más información y ayuda para resolver un problema, también puede comunicarse con Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid). Aquí tiene dos maneras de obtener información directamente de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid):

- Puede llamar al 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771.
- Puede visitar el sitio web de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) (https://ahca.myflorida.com/).

Sección 3 Explicación de quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid

Usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid. La información en este capítulo se aplica a todos sus beneficios de Medicare y Medicaid. A veces, a esto se le llama “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y Medicaid.

Algunas veces los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En esas situaciones, usted usa un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en la Sección 6.4 de este capítulo, “Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de nivel 2”.

Problemas Relacionados con sus Beneficios

Sección 4 Qué proceso usar para tratar su problema

Si tiene un problema o una duda, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La información a continuación le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para los problemas o las quejas relacionados con **los beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

¿Su duda o problema está relacionado con sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye los problemas relacionados con la cobertura de cuidado médico (artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B), la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago del cuidado médico.

Sí.
Consulte la **Sección 5, Guía para decisiones de cobertura y apelaciones**.

No.
Consulte la **Sección 11, Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas.**

Sección 5 Guía para decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su cuidado médico (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluso los pagos). Para simplificar, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como cuidado médico. Use el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones para asuntos de cobertura, por ejemplo, si algo tiene o no tiene cobertura y la manera en que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si usted desea saber si cubriremos un cuidado médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura o con la cantidad que pagaremos por su cuidado médico. Por ejemplo, si un médico de la red de nuestro plan le refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, esta referencia se considera una decisión de cobertura favorable a menos que usted o su médico de la red pueda mostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para ese especialista médico o la Evidencia de Cobertura señale con claridad que el servicio referido no está cubierto en ningún caso. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no tiene la certeza de que cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a proporcionar cuidado médico que usted cree que necesita. En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos en los que una solicitud de una decisión de cobertura será desestimada incluyen una solicitud incompleta, si alguien presenta la solicitud en nombre de usted pero no está legalmente

autorizado para actuar en su nombre o si usted pide que se retire la solicitud. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explicará por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que tiene cobertura para usted y lo que pagamos nosotros. En algunos casos, podríamos decidir que el cuidado médico no tiene cobertura o ya no está cubierto para usted. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que usted reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede apelar la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos.

En determinadas circunstancias, usted puede solicitar una apelación rápida de una decisión de cobertura. Los revisores que están a cargo de su apelación no son los mismos que tomaron la decisión original. Si usted apela una decisión por primera vez, esto se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si se siguieron las reglas correctamente.

Cuando terminamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos en los que una solicitud de una decisión de cobertura será desestimada incluyen una solicitud incompleta, si alguien presenta la solicitud en nombre de usted pero no está legalmente autorizado para actuar en su nombre o si usted pide que se retire la solicitud. Si desestimamos una solicitud de una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicándole por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si denegamos de manera total o parcial su apelación de Nivel 1 relacionada con el cuidado médico, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2, que será realizada por una organización de revisión independiente no relacionada con nosotros.

- Usted no necesita hacer nada para comenzar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación relacionada con el cuidado médico al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la Sección 6.4 de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 relacionadas con el cuidado médico.
- Las apelaciones relacionadas con la Parte D se explican en detalle en la Sección 7.

Si usted no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede continuar con niveles de apelación adicionales (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

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

A continuación encontrará recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Reciba ayuda gratuita de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.
- **Su médico puede presentar la solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación que pasa del Nivel 2, necesita ser nombrado como su representante. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario Nombramiento de un Representante. (El formulario también está disponible en cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf.)
  - Si se trata de cuidado médico, su médico u otro proveedor de cuidado de la salud puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si su apelación se deniega al Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Si su médico u otro proveedor de cuidado de la salud solicita que un servicio o artículo que ya usted está recibiendo continúe durante su apelación, es posible que usted tenga que nombrar a su médico u otro profesional que receta como su representante para que actúe en nombre de usted.
  - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o profesional que receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en nombre de usted.** Usted puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario Nombramiento de un Representante. (El formulario también está disponible en cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf.) Este formulario autoriza a esa persona a actuar en nombre de usted. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en nombre de usted. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
  - Podemos aceptar una solicitud de apelación presentada por su representante sin el formulario, pero no podemos realizar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no obtenemos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito que explicará su derecho a solicitar que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado en el colegio de abogados de su área o de otro servicio de referencias. Existen asociaciones que le brindarán servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 5.2 Reglas y plazos para situaciones distintas

Hay 4 situaciones distintas que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Le damos la información detallada de cada una de esas situaciones en este capítulo:

- **Sección 6**: Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7**: Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8**: Cómo solicitar cobertura para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si piensa que se le da de alta demasiado pronto
- **Sección 9**: Cómo solicitar que se sigan cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura termina demasiado pronto (**Solamente se aplica a los siguientes servicios:** cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

Si no está seguro de qué información se aplica en su caso, llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede recibir ayuda o información de su programa SHIP.

Sección 6 Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su cuidado

Sus beneficios de cuidado médico se describen en el Capítulo 4 en la **tabla de beneficios médicos**. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud para obtener un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo son diferentes las reglas para los medicamentos de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes 5 situaciones:

1. No recibe cierto cuidado médico que desea y usted cree que nuestro plan cubre el cuidado. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba el cuidado médico que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud desean proporcionarle, y usted cree que nuestro plan cubre el cuidado. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Usted recibió cuidado médico que cree que nuestro plan debería cubrir, pero hemos denegado pagar el cuidado. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Usted recibió y pagó cuidado médico que cree que nuestro plan debería cubrir, y desea a nuestro plan que le reembolse el costo del cuidado. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**

5. Se le informa que se reducirá o suspenderá la cobertura de cierto cuidado médico que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado previamente, pero usted cree que dicha reducción o suspensión de ese cuidado podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura suspendida es para cuidado hospitalario, cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), consulte las Secciones 8 y 9. Se aplican reglas especiales a estos tipos de cuidado.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos Legales	Una decisión de cobertura que implique con su cuidado médico, se llama **determinación de la organización**. Una decisión de cobertura rápida se llama una **determinación rápida**.

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma en un plazo no mayor de 7 días calendario o cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de preautorización, 14 días calendario para el resto de los artículos y servicios médicos o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo no mayor de 72 horas para los servicios médicos o 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir 2 requisitos:

- Usted **solamente** puede **solicitar** cobertura de artículos o servicios médicos (no puede presentar solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente** si los plazos estándar **podrían afectar gravemente a su salud o perjudicar su capacidad de funcionar**.

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

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

- Explique que utilizaremos los plazos estándar.

- Explique que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Explique que puede presentar una queja rápida contra nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó.

Paso 2: Puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

Primero, llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud de que autoricemos o proporcionemos cobertura del cuidado médico que desea recibir. Puede hacerlo usted, su médico o su representante. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de cuidado médico y le damos nuestra respuesta.

Para decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que recibamos su solicitud **para obtener un artículo o servicio médico** que esté sujeto a nuestras reglas de preautorización. Si el artículo o servicio médico que solicitó no está sujeto a nuestras reglas de preautorización, le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendarios después de que recibamos su solicitud. Si su solicitud es para obtener un **medicamento de la Parte B**, le daremos una respuesta en un plazo **no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

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

Para las decisiones de cobertura rápida, usamos un plazo rápido.

Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si su solicitud

es para obtener un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas.

- **Sin embargo**, si usted pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B.
- Si usted piensa que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre quejas.) Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta.

Paso 4: Si denegamos su solicitud de cobertura de cuidado médico, puede presentar una apelación

- Si denegamos la solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de cuidado médico que desea. Si presenta una apelación, significa que usted pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos Legales	Una apelación presentada a nuestro plan contra una decisión de cobertura relacionada con el cuidado médico se llama **reconsideración** del plan. Una apelación rápida también se llama **reconsideración rápida**.

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo no mayor de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo no mayor de 72 horas.

- Si apela nuestra decisión sobre la cobertura de cuidado, usted o su médico deciden si usted necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, según se describen en la Sección 6.2.

Paso 2: Solicítenos una apelación o una apelación rápida

- **Si usted presenta una apelación estándar, hágalo mediante una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si usted presenta una apelación rápida, hágalo mediante una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta en la decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo por un buen motivo, explique el motivo de su apelación tardía al momento de presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de un buen motivo incluyen una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia gratuita de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden entregar información adicional para respaldar su apelación.**

Si le informamos que íbamos a suspender o reducir servicios o artículos que usted ya estaba recibiendo, es posible que usted pueda mantener esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted está actualmente recibiendo, nosotros le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta.
- Si usted no está de acuerdo con la resolución, puede presentar una apelación de Nivel 1. Nosotros seguiremos cubriendo el servicio o artículo si usted solicita una apelación de Nivel 1 en un plazo no mayor de 10 días calendario desde la fecha indicada en la carta que le enviamos o antes de la fecha de vigencia prevista de la medida, lo que suceda después.
- Si cumple este plazo, usted puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin ningún cambio mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente. Usted también seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no están relacionados con la apelación) sin ningún cambio.

Paso 3: Consideramos su apelación, y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando denegamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos y posiblemente nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación “rápida”

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Si su estado de salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes de este plazo.
  - Si usted pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas (o antes de que termine el período extendido si nos tomamos días adicionales), se nos exige que automáticamente enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le 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 no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B que aún no obtuvo, le daremos nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su condición de **salud** lo requiere, le daremos nuestra decisión antes de ese plazo.
  - Sin embargo, si usted pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B.
  - Si usted piensa que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre quejas.)
  - Si no le damos una respuesta dentro del plazo (o antes de que termine el período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo no mayor de 30 días calendario, o en un plazo no mayor

de 7 días calendario si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de que recibamos su apelación.

- **Si nuestro plan deniega de manera total o parcial su apelación, tiene derechos de apelación adicionales.**
- Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta.
  - Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le indicará que su caso fue enviado a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
  - Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le indicará cómo usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Proceso de apelación de Nivel 2

Término Legal	El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. También se le llama **IRE** (Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente, contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que generalmente está cubierto por Medicare, nosotros automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelación tan pronto como se finalice la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que generalmente está cubierto por Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. La carta le indicará cómo hacerlo. A continuación tiene más información.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar cubierto por ambos Medicare y Medicaid, usted automáticamente pasará a una Apelación de Nivel 2 con la Organización de Revisión Independiente. Usted también puede solicitar una Audiencia Imparcial con el estado.

Si usted calificó para la continuación de beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo, o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la Sección 6.3 para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio que generalmente está cubierto solamente por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el Nivel 2 del proceso de apelación con la organización de revisión independiente.

- Si su problema está relacionado con un servicio que generalmente está cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 10 días calendario después de recibir la carta de decisión del plan.

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que generalmente cubre Medicare:

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se llama expediente de su caso. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita del expediente de su caso.**
- Usted tiene el derecho a entregar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada sobre su apelación.

Si su apelación fue rápida en el Nivel 1, también será una apelación rápida en el Nivel 2

- Para una apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pudiera beneficiarle, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B.

Si su apelación fue estándar en el Nivel 1, también será una apelación estándar en el Nivel 2

- Para una apelación estándar, si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 7 días calendario después de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pudiera beneficiarle, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o servicio médico**, y si se trata de solicitudes estándar, debemos autorizar la cobertura de cuidado médico en un plazo no mayor de 72 horas o prestar el servicio en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente. Si se trata de solicitudes rápidas, debemos prestar el servicio en un plazo no mayor de 72 horas después de que el plan reciba la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, y si se trata de solicitudes estándar**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente. Si se trata de **solicitudes rápidas**, el plazo no debe ser mayor de 24 horas después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización deniega de manera total o parcial su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico no debería aprobarse. (A esto se le llama ratificar la decisión o denegar su apelación.) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
  - Explica la decisión.
  - Informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de cuidado médico cumple ciertos niveles mínimos. El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cuál es el valor monetario que debe cumplir para poder continuar con el proceso de apelación.
  - Indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Si su apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted decide si desea continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es decidida por un Juez de Derecho Administrativo o por un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que generalmente cubre Medicaid:

Paso 1: Usted puede solicitar una Audiencia Imparcial con el estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelación para los servicios que generalmente están cubiertos por Medicaid es una Audiencia Imparcial con el estado. Usted debe solicitar una Audiencia

Imparcial por escrito o por teléfono en un plazo **no mayor de 120 días calendario** desde la fecha en que le enviamos la carta con la decisión en su apelación de Nivel 1. La carta que le enviamos le indicará a dónde enviar su solicitud de audiencia.

Paso 2: La oficina de Audiencia Imparcial le da su respuesta.

La oficina de Audiencia Imparcial le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la oficina de Audiencia Imparcial acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o servicio médico**, debemos autorizar o prestar el servicio o artículo en un plazo no mayor de 72 horas después de que nosotros recibamos la decisión de la oficina de Audiencia Imparcial.
- **Si la oficina de Audiencia Imparcial deniega de manera total o parcial su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico no debería aprobarse. (A esto se le llama “ratificar la decisión” o “denegar su apelación”.)

¿Si la decisión deniega de manera total o parcial lo que solicité, puedo presentar otra apelación?

Si la organización de revisión independiente o la oficina de Audiencia Imparcial deniega de manera total o parcial lo que usted solicitó, usted tiene **derechos de apelación adicionales**.

La carta que usted reciba de la oficina de Audiencia Imparcial le describirá la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5 Si nos solicita que le reembolsemos el pago de la parte que nos corresponde de una factura que recibió por cuidados médicos

Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicaid cubierto por nuestro plan, pídale a nuestro plan que le reembolse (un reembolso). Usted tiene derecho a recibir un reembolso de nuestro plan cada vez que usted haya pagado los servicios médicos o medicamentos que cubre nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que usted ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que tienen cobertura, le reembolsaremos el costo de los servicios o de los medicamentos.

Pedir un reembolso significa solicitar una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación relacionada con la solicitud de reembolso, nos está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si el cuidado médico que usted pagó está cubierto. También verificaremos que usted siguió las reglas de su cobertura de cuidado médico.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si el cuidado médico está cubierto y usted siguió las reglas, le enviaremos el pago del costo normalmente en un plazo no mayor de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si usted no pagó el cuidado médico, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si denegamos su solicitud:** Si el cuidado médico **no** está cubierto o si usted **no** siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que indica que no pagaremos el cuidado médico, además de los motivos de nuestra decisión.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la solicitud de pago, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos nuestra decisión de cobertura en la que denegamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 6.3. Para apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su apelación. Si nos pide que le reembolsemos el costo de cuidado médico que ya recibió y pagó, no se le permite presentar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que nosotros deberíamos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviar el pago que usted solicitó a usted o al proveedor de cuidado de la salud en un plazo no mayor de 60 días calendario.

Sección 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para tener cobertura, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.) Para obtener información detallada sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere solamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos medicamento en el resto de esta sección, en lugar de repetir medicamento con receta para pacientes ambulatorios cubierto o medicamento de la Parte D en cada caso. También usamos el término Lista de Medicamentos en lugar de Lista de Medicamentos Cubiertos o formulario.

- Si no sabe si un medicamento tiene cobertura o si usted cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.

- Si en su farmacia le informan que no pueden surtir su receta tal como fue emitida, la farmacia le dará un aviso por escrito que explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término Legal	Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se llama **“determinación de cobertura”**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura o con la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Pedir que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la **Lista de Medicamentos** del plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Pedir que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como los límites sobre la cantidad del medicamento que usted puede obtener, los criterios de preautorización o el requisito de probar otro medicamento primero). **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Pedir pagar un costo compartido más bajo por un medicamento cubierto que se encuentra en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar preaprobación para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar un medicamento con receta que usted ya compró. **Solicite un reembolso. Sección 7.4**

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 7.2 Solicitar una excepción

Términos Legales	Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos a veces se dice solicitar una **“excepción al formulario”**. Pedir que se quite una restricción a la cobertura de un medicamento a veces se dice solicitar una **“excepción al formulario”**. Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se dice solicitar una **“excepción de nivel”**.

Si un medicamento no está cubierto en la manera que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que tomemos en cuenta su solicitud de una excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe una excepción. Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta 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 está en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar el costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días. No puede solicitar una excepción a la cantidad de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Quitar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra **Lista de Medicamentos**. Si aceptamos hacer una excepción y no le aplicamos una restricción, puede solicitar una excepción al copago o coseguro que usted debe pagar por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan está asignado a uno de 5 niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más bajo sea el nivel de costo compartido, menos pagará usted como su parte del costo del medicamento.
   - Si nuestra **Lista de Medicamentos** contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que están en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento al nivel de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
   - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitar que cubramos su medicamento a un nivel de costo compartido más bajo. Esto sería el nivel más bajo que contiene alternativas a los productos biológicos para tratar su enfermedad.
   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitar que cubramos su medicamento al nivel de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene medicamentos de marca alternativos para tratar su condición.
   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitar que cubramos su medicamento al nivel de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene medicamentos de marca o genéricos alternativos para tratar su condición.
   - No puede solicitar que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5 De Especialidad.
   - Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, generalmente usted pagará la cantidad más baja.

Sección 7.3 Información importante sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta deben entregarnos una declaración en la que expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Para recibir una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una enfermedad en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos alternativos. Si un medicamento alternativo podría ser tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no le den el mismo resultado o probablemente le causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o denegar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, generalmente nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan, siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y el medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si denegamos su solicitud, puede presentar una apelación para solicitar otra revisión.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción

Término Legal	Una “decisión de cobertura rápida” se llama **“determinación de cobertura rápida”**.

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

Las **“decisiones de cobertura estándar”** se toman **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **“decisiones de cobertura rápidas”** se toman **en un plazo no mayor de 24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:

- Debe solicitar un **medicamento que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que reembolsemos el pago de un medicamento que usted ya compró.)
- Utilizar los plazos estándar podría **afectar gravemente a su salud o perjudicar su capacidad de funcionar**.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos informan que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**

- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico o profesional que receta, decidiremos si su estado de salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
  - Explique que, si su médico u otro profesional que receta solicitan la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
  - Indique cómo puede presentar una “queja rápida” contra nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Le daremos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la queja.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Primero, llámenos, escríbanos o envíenos un fax para presentar su solicitud de que autoricemos o proporcionemos cobertura del medicamento con receta que desea recibir. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluso una solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, que está disponible en nuestro sitio web (myUHC.com/CommunityPlan). El Capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, su información de contacto e información que identifique el reclamo denegado que está apelando.
Usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante pueden hacerlo. Un abogado también puede actuar en nombre de usted. La Sección 4 de este capítulo explica cómo se autoriza, por escrito, a un tercero para que actúe como su representante.

- Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo, que es la razón médica para la excepción. Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. De otra manera, su médico u otro profesional que receta pueden explicarnos las razones por teléfono y luego enviarnos por correo o por fax la declaración por escrito, si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su estado de salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes de este plazo.

- Si no cumplimos con este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico en respaldo a su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra **respuesta**. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" relacionada con un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle, generalmente, nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su estado de salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes de este plazo.
  - Si no cumplimos con este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos aceptado proporcionar **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico en respaldo a su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" relacionada con el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, también se nos exige que le paguemos en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

Paso 4: Si denegamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si denegamos la solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que usted pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos Legales	Una apelación presentada al plan contra una decisión de cobertura relacionada con un medicamento de la Parte D se llama **“redeterminación”** del plan. Una “apelación rápida” también se llama **“redeterminación rápida”**.

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo no mayor de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo no mayor de 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, presente una apelación rápida.

- Si apela nuestra decisión sobre un medicamento que aún no obtuvo, usted y su médico u otro profesional que receta deciden si usted necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, según se describen en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe presentar una **apelación rápida**.

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, puede presentar su apelación por escrito o llamarnos al 1-866-842-4968.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluso una solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Redeterminación Modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, que está disponible en nuestro sitio web (myUHC.com/CommunityPlan). Asegúrese de incluir su nombre, su información de contacto y la información relacionada con su reclamo que nos sirva de ayuda para procesar su solicitud.

- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta en la decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo por un buen motivo, explique el motivo de su apelación tardía al momento de presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de un buen motivo incluyen una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden entregar información adicional para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información de su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando denegamos su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Si su estado de salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes de este plazo.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar relacionada con un medicamento que aún no obtuvo

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos nuestra decisión antes de este plazo si usted aún no obtuvo el medicamento y si su condición de salud lo requiere.
  - Si no le damos una decisión en un plazo no mayor de 7 días calendario, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independienteLa Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** tan rápido como lo requiera su estado de salud, pero **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación.

- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar relacionada con el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, se nos exige que le paguemos en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito con las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

Paso 4: Si denegamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 7.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término Legal	El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es Entidad de Revisión Independiente. También se le llama IRE (Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente, contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina 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 profesional que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si nuestro plan deniega su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de

revisión independiente. Estas instrucciones explicarán quién puede presentar la apelación de Nivel 2, los plazos que se deben cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.

- Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 65 días calendario a partir de la fecha del aviso por escrito.
- Si no realizamos nuestra revisión en el plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación del riesgo según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se llama expediente de su caso. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.**

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación "rápida"

- Si su estado de salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta otorgarle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que reciba su apelación, si es por un medicamento que aún no obtuvo. Si solicita que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para las apelaciones "rápidas"

- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo no mayor de 24 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.

Para las “apelaciones estándar”

- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial su solicitud de cobertura, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial su solicitud para que le reembolsemos el pago** de un medicamento que usted ya compró, se nos exige que **le enviemos el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente deniega su apelación?

Si esta organización deniega de manera total o parcial su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (A esto se le llama ratificar la decisión. También se le llama denegar su apelación.) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica su decisión.
- Notificarle su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que usted solicita cumple ciertos niveles mínimos. Si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que usted solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el Nivel 2 es definitiva.
- Indicarle el valor monetario necesario para poder seguir con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea seguir con el proceso de apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es decidida por un Juez de Derecho Administrativo o por un abogado adjudicador. La Sección 10 explica el proceso de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 8 Cómo solicitar cobertura para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si piensa que se le da de alta demasiado pronto

Si se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararle para el día en que se le dé de alta. Le ayudarán con los arreglos necesarios para el cuidado que pudiera necesitar al salir del hospital.

- El día que sale del hospital se llama su **“fecha de alta”**.
- Una vez decidida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la comunicará.
- Si piensa que la fecha de su alta es demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada y su solicitud será evaluada.

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que explica sus derechos

En un plazo no mayor de dos días calendario después de ser admitido en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado **Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos**. Toda persona que tenga Medicare recibe una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso detenidamente y haga las preguntas necesarias si no lo comprende.** El aviso le explica:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de una estadía en el hospital, según las indicaciones de su médico. Esto incluye su derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
   - Su derecho a participar en las decisiones sobre su estadía en el hospital.
   - Dónde reportar toda duda o problema que tenga sobre la calidad del cuidado hospitalario.
   - Su derecho **a solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si piensa que le dan de alta del hospital demasiado pronto. Es una manera formal y legal de solicitar que se aplace su fecha de alta para que cubramos su cuidado hospitalario durante más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo ha recibido y que entiende sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en nombre de usted que firme el aviso.
   - El hecho de firmar este aviso **solamente** demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. La firma del aviso **no significa** que usted acepta una fecha de alta.
3. **Guarde su copia** del aviso ya que contiene información sobre cómo presentar una apelación (o cómo informar una inquietud o un problema sobre la calidad del cuidado).
   - Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta que se ha programado para usted.
   - Si desea una copia de este aviso por adelantado llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar el aviso en Internet en cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Para solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, use el proceso de apelación para presentar dicha solicitud. Antes de comenzar, infórmese de lo que debe hacer y cuáles son los plazos:

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) para ayuda personalizada. Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) 1-800-963-5337, los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770. La información de contacto del programa SHIP también está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica que su fecha de alta programada sea médicamente apropiada para usted.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud que reciben pago del gobierno federal para verificar y mejorar la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital para los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su fecha de alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (**Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos**) le indica cómo comunicarse con esta organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de salir del hospital y **antes de la medianoche del día que le dan de alta**.
  - Si cumple este plazo, puede seguir hospitalizado **después** de su fecha de alta **sin pagar la estadía** mientras espera a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le comunique la decisión.
  - Si **no** cumple este plazo, comuníquese con nosotros. Si decide seguir hospitalizado después de su fecha de alta programada, **es posible que tenga que pagar todos los costos** del cuidado hospitalario que reciba después de su fecha de alta programada.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su fecha de alta del hospital, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de

que se comuniquen con nosotros, le daremos un **Aviso Detallado del Alta**. Este aviso indica la fecha de alta programada y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé de alta en la fecha indicada.

- Para obtener un ejemplar del **Aviso Detallado del Alta,** llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener un ejemplar del aviso en Internet en cms.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (les llamaremos los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que les proporcionamos el hospital y nosotros.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informaron de su apelación, usted recibirá un aviso por escrito que indica su fecha de alta programada. Este aviso también le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé de alta en la fecha indicada.

Paso 3: Dentro de las 24 horas de haber recopilado toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responderá a su apelación.

¿Qué sucede si la apelación es aceptada?

- Si la organización de revisión independiente **acepta**, **debemos seguir prestando los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos mientras estos servicios sean médicamente necesarios**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (por ejemplo, deducibles o copagos, si corresponde). Además, es posible que sus servicios hospitalarios cubiertos tengan limitaciones.

¿Qué sucede si la apelación es denegada?

- Si la organización de revisión **deniega**, significa que consideran que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. En este caso, **nuestra cobertura de los servicios**

hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará al mediodía del día **después** de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió a su apelación.

- Si la organización de revisión **deniega** su apelación y usted decide seguir hospitalizado, **es posible que usted deba pagar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba a partir del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió a su apelación.

Paso 4: Si su apelación del Nivel 1 es denegada, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **denegó** su apelación **y** usted sigue hospitalizado después de su fecha de alta programada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación implica que usted pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise su decisión en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta programada.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **denegó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si usted sigue hospitalizado después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Paso 3: En un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán su apelación y le comunicarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que usted recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que su primera apelación fue denegada por la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. **Debemos seguir proporcionando cobertura del cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión independiente deniega su apelación:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- El aviso por escrito que usted reciba le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si su apelación es denegada, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es decidida por un Juez de Derecho Administrativo o por un abogado adjudicador. La Sección 10 explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9 Cómo solicitar que se sigan cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura termina demasiado pronto

Si usted recibe **servicios de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o cuidado de rehabilitación (Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios durante todo el tiempo que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es el momento de suspender su cobertura de cualquiera de estos tres tipos de cuidado, debemos avisarle por anticipado. Cuando su cobertura de este cuidado termine, **dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su cuidado**.

Si piensa que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo presentar una apelación.

Sección 9.1 Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura

Término Legal	**“Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare”.** Le indica cómo presentar una **“apelación de tramitación rápida”**. Presentar una apelación de tramitación rápida es una manera formal y legal de solicitar que cambiemos nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender la cobertura de su cuidado.

1. **Usted recibirá un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan suspenda la cobertura de su cuidado. El aviso le indica:
   - La fecha en que suspenderemos la cobertura de su cuidado.
   - Cómo presentar una “apelación de tramitación rápida” para solicitarnos que sigamos cubriendo su cuidado por un período de tiempo más largo.
2. **Usted o una persona que actúe en nombre de usted, tendrán que firmar el aviso por escrito para demostrar que lo ha recibido.** El hecho de firmar este aviso **solamente** demuestra que usted recibió la información sobre la fecha en que se suspenderá su cobertura. **El hecho de firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender el cuidado.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado durante más tiempo

Si desea solicitar que cubramos su cuidado durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelación para presentar dicha solicitud. Antes de comenzar, infórmese de lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Esta decide si la fecha de terminación de su cuidado es médicamente apropiada.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud que reciben pago del gobierno federal para verificar y mejorar la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de suspender la cobertura de ciertos tipos de cuidado médico. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación de tramitación rápida. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare) le indica cómo comunicarse con esta organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para iniciar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia indicada en el Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare.
- Si se pasa del plazo, y desea presentar una apelación, usted todavía tiene derechos de apelación. Comuníquese con su Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término Legal	**“Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura”.** Aviso que explica en detalle las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le proporcionó nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informaron sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura** de nuestra parte que explicará en detalle nuestras razones para terminar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo no mayor de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores **aceptan** su apelación, **debemos seguir prestándole servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario**.

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (por ejemplo, deducibles o copagos, si corresponde). Es posible que sus servicios cubiertos tengan limitaciones.

¿Qué sucede si los revisores deniegan?

- Si los revisores **deniegan**, **su cobertura terminará en la fecha que le indicamos**.
- Si usted decide seguir recibiendo cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) **después** de la fecha en que termine su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de este cuidado.

Paso 4: Si su apelación de Nivel 1 es denegada, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores **deniegan** su apelación de Nivel 1 **y** usted decide seguir recibiendo el cuidado después de que terminó su cobertura, usted puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise la decisión en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su Apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su cuidado de asistencia médica a domicilio o cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) **después** de la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **denegó** su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado que usted haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. **Debemos continuar proporcionando cobertura** del cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión deniega su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- El aviso por escrito que usted reciba le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le indicará cómo pasar al próximo nivel de apelación, que está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si su apelación es denegada, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 es decidida por un Juez de Derecho Administrativo o por un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

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

Sección 10.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Servicios Médicos

Esta sección puede serle útil si usted presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor monetario del artículo o servicio médico de la apelación cumple ciertos niveles mínimos, es posible que usted pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor monetario es inferior al nivel mínimo, usted no puede seguir con el proceso de apelación. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación se indica quién revisa su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador aceptan su apelación, el proceso de apelación podría o no terminar allí.** A diferencia de la decisión de una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos **no** apelar, debemos autorizar o prestarle el cuidado médico en un plazo no mayor de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado adjudicador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos complementarios. Es posible que esperemos la decisión sobre la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar el cuidado médico en disputa.
- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador deniegan su apelación, el proceso de apelación podría o no terminar allí.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación es aceptada, o si el Consejo de Apelaciones deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de una apelación de Nivel 3, el proceso de apelación podría o no terminar allí.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelaremos o no esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o prestarle el cuidado médico en un plazo no mayor de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Consejo de Apelaciones.
  - Si decidimos apelar esta decisión, se lo notificaremos por escrito.
- **Si la apelación es denegada o si el Consejo de Apelaciones deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación podría o no terminar allí.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.

- Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones deniega su apelación, el aviso que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo seguir con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si acepta o deniega su solicitud. Esta es la respuesta final. No existen otros niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 10.2 Apelaciones de Medicaid adicionales

Usted también tiene otros derechos de apelación si su apelación está relacionada con servicios o artículos que generalmente cubre Medicaid. La carta que usted reciba de la oficina de Audiencia Imparcial le indicará lo que puede hacer si desea seguir con el proceso de apelación.

Sección 10.3 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Medicamentos de la Parte D

Esta sección puede serle útil si usted presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento de la apelación cumple con el requisito de valor monetario mínimo, es posible que usted pueda llevar su apelación a niveles superiores. Si el valor monetario es menor, usted no puede seguir con el proceso de apelación. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y lo que debe hacer para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación se indica quién revisa su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la apelación es aceptada, el proceso de apelación termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **en un plazo no mayor de 72 horas (24 horas para las apelaciones rápidas) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la apelación es denegada, el proceso de apelación podría o no terminar allí.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.

- Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación es aceptada, el proceso de apelación termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo de Apelaciones **en un plazo no mayor de 72 horas (24 horas para las apelaciones rápidas) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la apelación es denegada, el proceso de apelación podría o no terminar allí.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones deniega su apelación o no acepta su solicitud de revisión de la apelación, el aviso le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y lo que debe hacer si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si acepta o deniega su solicitud. Esta es la respuesta final. No existen más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se abordan a través del proceso de quejas?

El proceso para presentar quejas se usa solamente para ciertos tipos de problemas. Se incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan a través del proceso para presentar quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	¿No está conforme con la calidad del cuidado que recibió (incluso el cuidado en el hospital)?

Queja	Ejemplo
Respeto a su privacidad	¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	¿Alguna persona fue descortés o irrespetuosa con usted? ¿No está satisfecho con nuestro Servicio al Cliente? ¿Le parece que le están alentando a que deje el plan?
Tiempos de espera	¿Tiene problemas para hacer una cita o está esperando demasiado para obtenerla? ¿Ha tenido que esperar mucho para que le atiendan los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O el Servicio al Cliente u otro personal de nuestro plan? Por ejemplo, largas esperas al hablar por teléfono, en la sala de espera o de examen o le surten una receta.
Limpieza	¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que recibe de nosotros	¿No le proporcionamos un aviso que teníamos que darle? ¿La información que le proporcionamos por escrito es difícil de comprender?
Puntualidad (se refiere a nuestra **puntualidad** para procesar decisiones de cobertura y apelaciones)	Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y piensa que no le respondemos de manera suficientemente rápida, también puede presentar una queja contra nuestra tardanza. Ejemplos: Usted nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y la denegamos; puede presentar una queja. Usted cree que no estamos cumpliendo los plazos para comunicarle las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. Usted cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. Usted cree que no cumplimos los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos Legales	Una **“queja”** también se llama **“queja formal”**. **“Presentar una queja”** también se llama **“presentar una queja formal”**. **“Usar el proceso para presentar quejas”** también se llama **“usar el proceso para presentar una queja formal”**. Una **“queja rápida”** también se llama **“queja formal rápida”**.

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato – por teléfono o por escrito.

- **Generalmente, llamar a Servicio al Cliente es el primer paso.** Si debe hacer algo más, el Servicio al Cliente se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o llamó, pero no quedó conforme), puede enviarnos su queja por escrito.** Si envía su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Debemos recibir su queja en un plazo no mayor de 60 días calendario del evento o incidente que motivó su queja. Si algo le impidió presentar su queja (estaba enfermo, le proporcionamos información incorrecta, etc.), infórmenos y tal vez aceptemos su queja después del plazo de 60 días. Atenderemos su queja lo más rápido posible, pero a más tardar 30 días después de recibirla. A veces, necesitamos información adicional, o quizás usted desee presentar más información. En ese caso, podemos tomar 14 días adicionales para responder a su queja. Si nos tomamos los 14 días adicionales, le enviaremos una carta para avisarle.

  Si la queja se debe a que nos tomamos 14 días adicionales para responder a su solicitud de una determinación de cobertura o una apelación, o porque decidimos que usted no necesitaba una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, puede presentar una queja rápida. Le responderemos en un plazo no mayor de 24 horas de recibir su queja. La dirección y los números de fax para presentar quejas se encuentran en el Capítulo 2 en la sección “Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su cuidado médico” o, para las quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D, “Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D”.
- **Independientemente de que llame o escriba, debe comunicarse con Servicio al Cliente de inmediato.** Usted puede presentar una queja en cualquier momento después de que usted tuvo el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que le podamos dar una respuesta en el mismo momento de su llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo no mayor de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es por su bien o si usted nos pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (un total de 44 días calendario) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o de una "apelación rápida", automáticamente la convertiremos a una "queja rápida".** Si tiene una "queja rápida", significa que le daremos **una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema por el que se queja, incluiremos los motivos en nuestra respuesta.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Si la queja es sobre **la calidad del cuidado**, tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.**
- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud que reciben pago del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede presentar su queja ante Medicare y Medicaid

Puede presentar una queja sobre UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Comuníquese con la Oficina de Medicaid de su Estado para informarse sobre sus opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de esta guía).

Capítulo 10:

Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Sección 1 Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Su membresía en el plan puede terminar de manera **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Usted podría dejar nuestro plan porque ha decidido que **desea** hacerlo. Las Secciones 2 y 3 ofrecen información sobre cómo terminar su membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que no es usted quien decide dejar el plan, sino que estamos obligados a terminar su membresía. La Sección 5 describe las situaciones en las que nosotros debemos terminar su membresía.

Si va a dejar nuestro plan, nuestro plan debe seguir proporcionando su cuidado médico y usted continuará pagando su costo compartido hasta que termine su membresía.

Sección 2 ¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda terminar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden terminar su membresía solamente durante ciertos momentos del año. Debido a que usted tiene Medicaid, puede terminar su membresía en nuestro plan si elige una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare Original **con** un plan aparte de medicamentos de Medicare.
- Medicare Original **sin** un plan aparte de medicamentos de Medicare (Si elije esta opción y recibe el programa Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted opte por no utilizar la inscripción automática.), o
- Si cumple los requisitos, un Plan Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble que le ofrezca Medicare y la mayoría o todos los servicios y beneficios de Medicaid en un plan.

Nota: Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe el programa Ayuda Adicional y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Llame a la Oficina de Medicaid de su Estado al 1-888-419-3456 para informarse sobre sus opciones de planes de Medicaid.

- Otras opciones de planes de salud de Medicare están disponibles durante el **Período de Inscripción Abierta**. La Sección 2.2 le explica más sobre el Período de Inscripción Abierta.
- Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio de nuestro plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Usted puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta

Usted puede terminar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Abierta** cada año**.** (“también se le llama “Período de Inscripción Abierta Anual”). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre su cobertura para el próximo año.

- El **Período de Inscripción Abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar de plan, puede elegir cualquiera de los siguientes planes:
- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
- Medicare Original **con** un plan aparte de medicamentos de Medicare.
- Medicare Original **sin** un plan aparte de medicamentos de Medicare.
- **Su membresía en nuestro plan terminará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Si usted recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamentos: Si se cambia a Medicare Original pero no se inscribe en un plan aparte de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que opte por no utilizar la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe el programa Ayuda Adicional y continúa sin una cobertura de medicamentos acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Sección 2.3 Usted puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted puede hacer **un solo** cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos miembros de Medicare en un plan MA, desde el mes en que tengan derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que tengan derecho.

- **Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, usted puede:
  - Cambiarse a otro Plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este período, usted también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, Usted puede terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial

En ciertas situaciones, usted también podría cumplir los requisitos para terminar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

Es posible que cumpla los requisitos para terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial si se encuentra en una de las siguientes situaciones. Los siguientes son solamente ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web es.medicare.gov.

- Generalmente, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si cumple los requisitos del programa Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si no cumplimos nuestro contrato con usted.
- Si recibe cuidado en una institución, por ejemplo en un asilo de convalecencia o en un hospital de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC).

Nota: Si usted participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que solamente cumpla los requisitos para ciertos Períodos de Inscripción Especiales. La Sección 10 del Capítulo 5 contiene más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Nota: La Sección 2.1 explica más sobre el período de inscripción especial para los beneficiarios de Medicaid.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si cumple los requisitos para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si cumple los requisitos para terminar su membresía debido a una situación especial, usted puede decidir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura de medicamentos de Medicare. Usted puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
- Medicare Original **con** un plan aparte de medicamentos de Medicare.

- Medicare Original **sin** un plan aparte de medicamentos de Medicare.

Nota: Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe el programa Ayuda Adicional y continúa sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio de nuestro plan.

Si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos: Si se cambia a Medicare Original pero no se inscribe en un plan aparte de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no utilizar la inscripción automática.

Nota: En las Secciones 2.1 y 2.2 encontrará más información sobre el período de inscripción especial para las personas que tienen Medicaid y reciben el programa Ayuda Adicional.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede terminar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo terminar su membresía:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare y Usted 2026**.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 3 Cómo terminar su membresía en nuestro plan

La tabla que aparece a continuación explica las maneras de terminar su membresía en nuestro plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Lo siguiente es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.
Medicare Original **con** un plan aparte de medicamentos de Medicare.	Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.

☐Medicare Original **sin** un plan aparte de medicamentos de Medicare.	☐**Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción** o visitar nuestro sitio web para cancelar su inscripción en Internet. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar a 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. ☐También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. ☐Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancelará.

Nota: Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe el programa Ayuda Adicional y continúa sin una cobertura de medicamentos acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), comuníquese con Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), al 1-888-419-3456, 8 a.m. a 5 p.m., hora del Este, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771. Pregunte si su inscripción en otro plan o su regreso a Medicare Original afectan la cobertura que obtiene de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid).

Sección 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que termine su membresía y su nueva cobertura de Medicare y Medicaid entre en vigencia, usted debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- ☐**Siga usando los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.**
- ☐**Siga usando las farmacias de nuestra red o las farmacias de pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- ☐**Si es hospitalizado el mismo día en que termina su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que se le dé de alta (incluso si se le da de alta después de que haya comenzado su nueva cobertura de salud).**

Sección 5 Debemos terminar la membresía en nuestro plan en ciertas situaciones

Debemos terminar su membresía en nuestro plan en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si usted ya no cumple los requisitos de Medicaid. Como se indicó en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para las personas que cumplen los requisitos tanto de Medicare como de Medicaid. Debemos notificarle por escrito que usted tiene un período de gracia de 6 meses para volver a cumplir los requisitos, antes de que cancelemos su inscripción. Para obtener más información sobre el período de gracia y cómo puede afectar sus costos en este plan, consulte la Sección 1.1 del Capítulo 4.
- Si tiene un excedente en gastos médicos y no lo paga.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
  - Si se va a mudar o va a salir de viaje por mucho tiempo, llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si el lugar al que se mudará o al que viajará está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si usted es encarcelado (va a prisión).
- Si usted ya no es ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos.
- Si usted miente u oculta información sobre otro seguro que tiene y que le proporciona cobertura de medicamentos con receta.
- Si al inscribirse en nuestro plan usted nos proporciona intencionalmente información incorrecta que afecta su derecho de participación en nuestro plan. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare.)
- Si usted se comporta constantemente de una manera conflictiva y nos dificulta proporcionarles cuidado médico a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare.)
- Si usted permite que otra persona use su UCard para recibir cuidado médico. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare.)
  - Si terminamos su membresía por esta razón, Medicare podría hacer que el Inspector General investigue su caso.
- Si tiene la obligación de pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Nuestro plan no tiene permitido pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer en este caso?

Si usted piensa que se le ha pedido que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle el motivo por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal contra nuestra decisión de terminar su membresía.

Capítulo 11:
Avisos legales

Sección 1 Aviso sobre las leyes vigentes

La ley principal que rige esta **Evidencia de Cobertura** es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas conforme a la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si este documento no contiene ni explica esas leyes.

Sección 2 Aviso sobre anti-discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales que protegen contra la discriminación, entre otras, el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación Laboral debido a la Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, asimismo todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley o regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene dudas o problemas relacionados con la discriminación o un trato injusto, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder al cuidado, puede llamarnos a Servicio al Cliente 1-866-842-4968 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Servicio al Cliente puede ayudarle.

Sección 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios que tienen cobertura de Medicare pero por los que Medicare no es el pagador primario. Según las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en el Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42, Secciones 422.108 y 423.462, nuestro plan, como Organización de planes

Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en los subapartados B a D de la parte 411 del Código de Reglamentos Federales 42, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley del estado.

Sección 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación

Si usted sufre una enfermedad o lesión por la que un tercero es presuntamente responsable debido a cualquier acto u omisión negligente o intencional que le causa una enfermedad o lesión, debe notificarnos rápidamente de dicha enfermedad o lesión. Le enviaremos un resumen de cuenta de las cantidades que pagamos por los servicios que se le prestaron relacionados con la enfermedad o lesión. Si se le restituye una cantidad cualquiera de dinero de parte de un tercero, debemos recibir un reembolso proveniente de esa restitución por los pagos que hicimos en nombre de usted, sujeto a las limitaciones que se detallan en los siguientes párrafos.

1) **Nuestros pagos son menores que la cantidad restituida.** Si nuestros pagos son menores que la cantidad total restituida recibida de un tercero (la “cantidad restituida”), nuestro reembolso se calcula de la siguiente manera:
   a) **Primero:** Determine la relación entre los costos de adquisición y la cantidad restituida (el término “costos de adquisición” significa los costos legales y los gastos incurridos para lograr un acuerdo o un fallo).
   b) **Segundo:** Aplique a nuestro pago la relación calculada anteriormente. El resultado es nuestra parte de los costos de adquisición.
   c) **Tercero:** Reste nuestra parte de los costos de adquisición del total de nuestros pagos. La cantidad restante es nuestro reembolso.
2) **Nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida.** Si nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida, nuestro reembolso es la cantidad total restituida menos los costos totales de adquisición.
3) **Incurrimos en costos de adquisición debido a la oposición a nuestro reembolso.** Si debemos demandar al tercero que recibió la cantidad restituida debido a que se opuso a nuestro reembolso, nuestro reembolso es la cantidad que sea menor de las siguientes:
   a) Los pagos que hicimos en nombre de usted por los servicios; o
   b) La cantidad restituida, menos el costo total de adquisición realizado por dicho tercero.

Sujeto a las limitaciones indicadas anteriormente, usted acepta concedernos una asignación, y un reclamo y un derecho de retención, de cualquier cantidad recobrada mediante un acuerdo, fallo o veredicto judicial. Es posible que usted sea requerido por nosotros y que usted acepte firmar documentos y proporcionar la información necesaria para establecer la asignación, el reclamo o el derecho de retención para confirmar nuestro derecho a un reembolso.

Sección 5 Responsabilidad del Miembro

Si no reembolsamos los cargos de un proveedor por servicios cubiertos, usted no será responsable de ninguna cantidad que adeudemos. Ni el plan ni Medicare pagarán los servicios que no tengan cobertura.

Si usted celebra un contrato privado con un proveedor fuera de la red, ni el plan ni Medicare pagarán esos servicios.

Sección 6 Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios

Al determinar la cobertura, los servicios deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios según los criterios de Medicare para que su plan los cubra, a menos que, de alguna otra manera, se indique que son un servicio cubierto. Un servicio es “razonable y necesario” si el servicio:

- Es seguro y eficaz;
- No es experimental ni de investigación; y
- Es apropiado, incluso la duración y la frecuencia que se consideran adecuadas para el servicio, en términos de si el servicio:
  1. Se presta según los estándares aceptados de la práctica médica para el diagnóstico o el tratamiento de la condición del paciente o para mejorar la función de una parte deformada del cuerpo;
  2. Se presta en un entorno apropiado para la condición y las necesidades médicas del paciente;
  3. Es indicado y prestado por personal calificado;
  4. Satisface, pero no excede, las necesidades médicas del paciente; y
  5. Es al menos tan beneficioso como una alternativa médicamente apropiada existente y disponible.

Sección 7 No debe haber duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil

Si usted recibe beneficios como resultado de otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, no duplicaremos esos beneficios. Es su responsabilidad tomar las medidas necesarias para recibir el pago proveniente de la cobertura del Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil cuando sea razonable esperar dichos pagos, además de notificarnos que usted cuenta con dicha cobertura. Si duplicamos los beneficios a los que usted tiene derecho por otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, podemos solicitar un reembolso por el valor razonable de esos beneficios a usted, a su compañía de seguros o a su proveedor de cuidado de la salud, en la medida en que lo permitan las leyes federales o del Estado. Proporcionaremos beneficios, en exceso de su otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, si el costo de sus servicios para cuidado de la salud excede dicha cobertura. **Usted tiene la obligación de cooperar con nosotros para obtener el pago de la compañía de seguros en que**

adquirió su cobertura del Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil. Su falta de cooperación podría resultar en la cancelación de su membresía en el plan.

Sección 8 Hechos que escapan a nuestro control

Si, debido a una catástrofe natural, guerra, disturbio, insurrección civil, destrucción parcial o total de un centro, ordenanza, ley o decreto de una agencia gubernamental o cuasi gubernamental, disputa laboral (cuando dicha disputa no dependa de nosotros), o cualquier otra emergencia o evento similar que no esté bajo nuestro control, los proveedores de la red no pudieran hacer los arreglos necesarios para proporcionar o no pudieran prestar los servicios de salud conforme a esta Evidencia de Cobertura y Divulgación de Información, entonces intentaremos hacer los arreglos necesarios para proporcionar los servicios cubiertos en la medida en que sea posible según nuestro mejor criterio. Ni nosotros ni ningún proveedor de la red tendremos ninguna responsabilidad u obligación por no prestar o demorarse en prestar o hacer los arreglos necesarios para prestar los servicios cubiertos, si dicha demora es el resultado de alguna de las circunstancias anteriormente descritas.

Sección 9 Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes

La relación entre el plan y los proveedores y hospitales de la red es una relación de contratista independiente. Ninguno de los proveedores u hospitales de la red, ni sus médicos o empleados, son empleados o agentes del plan. Un agente sería cualquier persona o entidad autorizada a actuar en nombre del plan.

Sección 10 Evaluación de tecnologías

Revisamos periódicamente los nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para determinar si son seguros y eficaces para nuestros miembros. Los nuevos procedimientos y tecnologías que sean seguros y eficaces cumplen los requisitos para ser Servicios Cubiertos. Si la tecnología se convierte en un Servicio Cubierto, estará sujeta a todos los términos y las condiciones del plan, incluso la necesidad médica y los copagos, coseguros, deducibles y otras contribuciones de pago del miembro que correspondan.

Para determinar si cubriremos un servicio, usamos pautas patentadas para la evaluación de tecnologías para analizar nuevos dispositivos, procedimientos y medicamentos, incluso los que están relacionados con la salud del comportamiento o con la salud mental. Cuando una necesidad clínica requiere una determinación rápida de la seguridad y la eficacia de una nueva tecnología o de una nueva aplicación de una tecnología existente para un miembro en particular, uno de nuestros Directores Médicos toma una determinación de necesidad médica en base a la documentación médica del miembro en particular, el análisis de evidencias científicas publicadas y, cuando corresponda, la opinión profesional o especializada pertinente de una persona con experiencia en esa tecnología.

Sección 11 Declaraciones del Miembro

Ante la ausencia de fraude, todas las declaraciones que usted haga se considerarán declaraciones y no garantías. Ninguna de esas declaraciones anulará la cobertura ni reducirá los servicios cubiertos conforme a esta Evidencia de Cobertura ni tampoco se usará como defensa de una acción legal, a menos que esté expresada en una solicitud por escrito.

Sección 12 Información disponible a solicitud

Como miembro del plan, usted tiene derecho a solicitar información sobre lo siguiente:

- Información general de la cobertura e información comparativa del plan
- Procedimientos para controlar la utilización
- Programas para el mejoramiento de la calidad
- Datos estadísticos de quejas formales y apelaciones
- La situación financiera de UnitedHealthcare Insurance Company o de una de sus compañías afiliadas

Sección 13 Comunicación de parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el Año 2026

Comunicación de parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el Año 2026

Cómo puede combatir el fraude en el cuidado de la salud

Nuestra compañía se ha impuesto el compromiso de prevenir el fraude, el desperdicio y el abuso en los programas de beneficios de Medicare y, para eso, le pedimos su ayuda. Si identifica un posible caso de fraude, le pedimos que nos lo avise inmediatamente.

Estos son algunos ejemplos de posibles casos de fraude relacionados con Medicare:

- Un proveedor de cuidado de la salud - como un médico, una farmacia o una compañía de dispositivos - le factura servicios que usted nunca recibió;
- Un proveedor le factura un equipo diferente al que usted recibió;
- Alguien usa la tarjeta de Medicare de otra persona para obtener cuidado médico, medicamentos con receta, suministros o equipos;
- Alguien factura por un equipo médico de uso en el domicilio después de que ese equipo ya se devolvió;
- Una compañía ofrece un plan de salud o de medicamentos de Medicare que no ha sido aprobado por Medicare; o
- Una compañía usa información falsa para inducirle de manera engañosa a inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare.

Para denunciar un posible caso de fraude en un programa de beneficios de Medicare, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) al 1-866-842-4968 (TTY 711), 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Esta línea telefónica especial le permite denunciar casos de manera anónima y confidencial. Haremos todo lo posible por mantener su confidencialidad. Sin embargo, si se debe involucrar a un organismo responsable de hacer cumplir la ley, no podremos garantizar su confidencialidad. Tenga la certeza que nuestra organización no tomará ninguna acción en contra de usted por hacer denuncias de buena fe sobre un posible caso de fraude.

También puede denunciar posibles casos de fraude en servicios médicos o en medicamentos con receta ante el Contratista de Integridad de Medicamentos de Medicare (Medicare Drug Integrity Contractor, MEDIC) llamando al 1-877-7SafeRx (1-877-772-3379), o directamente ante el programa de Medicare llamando al (1-800-633-4227). El número de fax de Medicare es 1-717-975-4442 y el sitio web es es.medicare.gov.

Sección 14 Compromiso de las Decisiones de Cobertura

Los Médicos y el Personal de Servicios Clínicos de UnitedHealthcare toman decisiones sobre los servicios para el cuidado de la salud que usted recibe en función de la idoneidad del cuidado y del servicio, y de la existencia de cobertura. Los Médicos y el Personal Clínico que toman estas decisiones: 1. No son recompensados específicamente por denegar cobertura; 2. No ofrecen incentivos a médicos ni a ningún otro profesional de cuidado de la salud para animar la subutilización inapropiada de cuidado o de servicios; y 3. No contratan, promueven ni despiden a médicos ni a ninguna otra persona basando su decisión en la probabilidad, o la aparente probabilidad, de que la persona en cuestión apoyará o tendrá tendencia a apoyar la denegación de beneficios.

Sección 15 Términos y Condiciones del programa de Acondicionamiento Físico

Exenciones de Responsabilidad del Programa Renew Active para el Año del Plan 2026

El Programa Renew Active® y su red de gimnasios varían según el plan o el área y es posible que no estén disponibles en todos los planes. La participación en el programa Renew Active es voluntaria. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud. El programa Renew Active incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico en los sitios participantes y otras ofertas. Los sitios participantes y las ofertas pueden cambiar en cualquier momento. El equipo, las clases y las actividades de la membresía en el programa de acondicionamiento físico pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, clases, actividades y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios prestados ni de la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico.

Requisitos de Participación

Solamente los miembros inscritos en un Plan de Medicare participante ofrecido por UnitedHealthcare Insurance Company ("UnitedHealthcare") y sus compañías afiliadas cumplen los requisitos del programa de acondicionamiento físico (el "Programa"), lo que incluye, entre otros, acceso a una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico en gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes, acondicionamiento físico por Internet, proveedores de servicios cognitivos y actividades y clases virtuales y presenciales, sin costo adicional. Al inscribirse en el Programa, usted acepta y se ve obligado a cumplir con estos Términos y Condiciones.

Requisitos de Inscripción

La membresía y la participación en el Programa son voluntarias. Debe inscribirse en el Programa según la información proporcionada en el sitio web para miembros o por Servicio al Cliente. Una vez que esté inscrito, debe obtener su código de confirmación y presentarlo cuando se le solicite para inscribirse en cualquiera de los servicios del Programa. Presente su código de confirmación cuando se le solicite cuando visite un gimnasio o centro de acondicionamiento físico participante para recibir acceso de membresía estándar sin costo adicional, al registrarse con proveedores de servicios cognitivos o de acondicionamiento físico por Internet y para tener acceso a las clases y actividades. Tenga en cuenta que, al usar su código de confirmación, usted elige divulgar que es miembro del programa Renew Active con un plan de Medicare de UnitedHealthcare participante. La inscripción en el Programa es individual y la tarifa de la membresía mensual del Programa que no se cobra por servicios de membresía estándar en gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes se aplica únicamente a las membresías individuales.

Usted es responsable de todos y cada uno de los servicios no cubiertos o de productos y servicios de tarifas similares ofrecidos por los proveedores de servicios del Programa (lo que incluye, entre otros, gimnasios o centros de acondicionamiento físico, ofertas de acondicionamiento físico digital, proveedores de servicios cognitivos digitales y otras ofertas de servicios por terceros disponibles a través del Programa). Estas tarifas incluyen, entre otras, las tarifas asociadas con sesiones de entrenamiento personal, clases especializadas, niveles mejorados de membresía en centros más allá del nivel de membresía estándar. No se realizarán reembolsos por ninguna oferta del programa de acondicionamiento físico. Las ofertas de la membresía en el programa de acondicionamiento físico, incluso las visitas, los horarios, el equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y las actividades, pueden variar según el sitio. El acceso a la red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico varía según el plan o el área y es posible que no esté disponible en todos los planes.

Exención de Responsabilidad para Recursos Comunitarios, Clases y Actividades

La información sobre clases y actividades en su área se proporciona para que usted tenga la oportunidad de obtener información sobre recursos comunitarios que pueden ayudar a mantener su salud y bienestar general. Esta información se proporciona para su conveniencia únicamente y la participación en el Programa es voluntaria. Mientras que los recursos mencionados aquí no tienen un costo adicional, tenga en cuenta que se pueden aplicar cargos por otros programas, clases, actividades o servicios listados en un sitio web externo u ofrecidos por este mismo.

UnitedHealthcare no avala a organizaciones externas que proporcionan clases y actividades; tampoco es responsable de la información, los productos o los servicios que estas organizaciones ofrecen ni del contenido de algún sitio vinculado o de algún enlace contenido en un sitio vinculado. Estos recursos no tienen la intención de reemplazar el cuidado de la salud profesional y no se deben usar para necesidades de cuidado de urgencia ni de emergencia. Si tiene algún problema de salud o antes de comenzar un nuevo programa de ejercicios o de dieta hable con su médico. A fin de cuentas, usted y su proveedor de cuidado de la salud deben determinar si desea participar en estas clases y actividades. Sea consciente de que, si un recurso es ofrecido en Internet, los foros de Internet pueden contener información incorrecta.

Exención de Responsabilidad

Siempre busque el consejo de un médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud.

Ciertos servicios, clases, actividades y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare o por terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. UnitedHealthcare y sus correspondientes subsidiarias no son responsables de los servicios ni de la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico.

UnitedHealthcare y sus correspondientes subsidiarias y compañías afiliadas no avalan, ni son responsables de, los servicios ni la información proporcionada por terceros, ni el contenido de cualquier sitio web vinculado, tampoco de lesiones que usted pueda sufrir mientras participa en cualquiera de los servicios, las clases, las actividades o las ofertas de acondicionamiento físico por Internet del Programa.

Requisitos Adicionales

Antes de inscribirse, usted debe verificar que el gimnasio, el centro de acondicionamiento físico o el proveedor de servicios en particular participe en el Programa. Si el proveedor de servicios del Programa que utiliza, incluso un gimnasio o centro de acondicionamiento físico, deja de participar en el Programa, su participación en el Programa y la tarifa por membresía mensual que no se cobra con dicho proveedor de servicios a través del Programa se interrumpirán hasta que usted se inscriba en otro servicio ofrecido por un proveedor de servicios participante. Usted será responsable de pagar las tarifas de membresía estándar de dicho proveedor de servicios si elige seguir recibiendo servicios de un proveedor de servicios una vez que el proveedor de servicios deje de participar en nuestro Programa. Si desea cancelar la membresía con dicho proveedor de servicios, puede hacerlo según las normas de cancelación del proveedor de servicios en particular, incluso el gimnasio o centro de acondicionamiento físico correspondiente. Usted debe revisar sus derechos de cancelación con un proveedor de servicios al momento que elija inscribirse con dicho proveedor de servicios.

Requisitos de Datos

El administrador del Programa o su proveedor de servicios recopilarán y enviarán o recibirán electrónicamente la información personal mínima requerida para facilitar el Programa según los requisitos de las leyes vigentes, incluso las leyes de privacidad. Tal información personal requerida incluye, entre otros, el código de confirmación del programa, la ID de membresía del gimnasio, centro de acondicionamiento físico o proveedor, el año y el mes de actividad y la cantidad mensual de visitas. Al inscribirse en el Programa, usted autoriza al administrador del Programa y al proveedor de servicios a solicitar y proporcionar dicha información personal.

©2026 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.

Optum Financial®

Aviso de privacidad

Mod. 08/2025

Datos	¿Qué hace Optum Bank con su información personal?
¿Por qué?	Las compañías financieras eligen cómo comparten su información personal. La ley federal otorga a los consumidores el derecho a limitar la divulgación de cierta información, pero no toda. La ley federal también nos exige que le informemos a usted cómo recopilamos, compartimos y protegemos su información personal. Lea este aviso detenidamente para entender lo que hacemos.
¿Qué?	Los tipos de información personal que recopilamos y compartimos dependen del producto o servicio que usted tenga con nosotros. Tal información puede incluir: • Identificador de Beneficiario de Medicare o Número de ID de Miembro y saldos de cuenta • Historial de pagos e historial de transacciones • Historial de compras y transacciones de cuentas Cuando usted deja de ser nuestro cliente, seguimos compartiendo su información según se describe en este aviso.
¿Cómo?	Todas las compañías financieras deben compartir la información personal de los miembros para llevar a cabo sus actividades comerciales cotidianas. En la siguiente sección, indicamos los motivos por los que las compañías financieras pueden compartir la información personal de sus miembros, los motivos por los que Optum Bank decide compartir información y si usted puede limitar esta divulgación.

Motivos por los que podemos compartir su información personal	¿Optum Bank comparte información?	¿Usted puede limitar esta divulgación?
Para nuestras actividades comerciales cotidianas — como para procesar sus transacciones, mantener sus cuentas o responder a órdenes judiciales e investigaciones legales	Sí	No
Para nuestros fines de marketing — para ofrecerle nuestros productos y servicios	Sí	No
Para el marketing conjunto con otras compañías financieras	No	No compartimos
Para los fines comerciales cotidianos de nuestras compañías afiliadas — información sobre sus transacciones y experiencias, que no es usada por las compañías afiliadas para comercializar sus productos con usted	Sí	No
Para los fines comerciales cotidianos de nuestras compañías afiliadas — información sobre su solvencia	No	No compartimos
Para que las compañías afiliadas comercialicen con usted	No	No compartimos
Para que compañías no afiliadas comercialicen con usted	No	No compartimos

¿Tiene preguntas?	**Llame al 1-866-234-8913 o visítenos en Internet en optumbank.com.**

Lo que hacemos	
¿Cómo protege **Optum Bank** mi información personal?	Para proteger su información personal del acceso y el uso no autorizados, usamos medidas de seguridad que cumplen con la ley federal. Estas medidas incluyen protecciones informáticas y archivos y edificios asegurados. También contamos con medidas de seguridad adicionales para proteger su información y limitamos quién puede acceder a ella.
¿Cómo recopila **Optum Bank** mi información personal?	Recopilamos su información personal, por ejemplo, cuando usted: • Usa su tarjeta de pago o paga una factura • Actualiza su información de contacto También recopilamos su información personal de otros, como compañías afiliadas u otras compañías.
¿Por qué no puedo limitar toda la divulgación?	La ley federal le otorga el derecho a limitar solamente: • La divulgación para los fines comerciales cotidianos de las compañías afiliadas — información sobre su solvencia • Que las compañías afiliadas usen su información para comercializar con usted • La divulgación para que compañías no afiliadas comercialicen con usted Las leyes estatales y las compañías individuales pueden otorgarle derechos adicionales para limitar la divulgación.

Definiciones	
Compañías afiliadas	Compañías relacionadas con propiedad o control conjunto. Pueden ser compañías financieras y no financieras. • Nuestras compañías afiliadas incluyen compañías dentro de UnitedHealth Group y aquellas compañías que comparten el nombre de Optum; compañías financieras como Optum Financial, Inc. y UnitedHealthcare Insurance Company; y compañías no financieras como UHG Print Services.
Compañías no afiliadas	Compañías no relacionadas con propiedad o control conjunto. Pueden ser compañías financieras y no financieras. • Optum Bank no comparte información con compañías no afiliadas para que puedan comercializar con usted.
Marketing conjunto	Un acuerdo formal entre compañías financieras no afiliadas que comercializan conjuntamente productos o servicios financieros con usted. • Optum Bank no participa en ningún marketing conjunto.

© 2025 Optum, Inc. Todos los derechos reservados.

Capítulo 12:
Definiciones

Centro de Cirugía Ambulatoria – Entidad que funciona exclusivamente para prestar servicios de cirugía a pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no es mayor de 24 horas.

Apelación – Lo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios para el cuidado de la salud o de medicamentos con receta, o de denegar el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Periodo de beneficios – Forma como Medicare Original cuantifica el uso que usted hace de los servicios de hospitales y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (o cuidado especializado en un centro de enfermería especializada) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que termina un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios. El número de períodos de beneficios es ilimitado.

Producto Biológico – Medicamento con receta que está hecho de organismos vivientes y naturales, como por ejemplo células animales, células vegetales, bacterias y hongos. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, de allí que a las formas alternativas se les llama productos biosimilares. (Consulte Producto Biológico Original y Producto Biosimilar).

Producto Biosimilar – Un producto biológico que es muy parecido, pero no es idéntico, al producto biológico original. Los productos biosimilares son tan seguros y eficaces como los productos biológicos originales. Algunos productos biosimilares se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin la necesidad de una receta nueva (Consulte Producto Biosimilar Intercambiable).

Medicamento de Marca – Medicamento con receta que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló desde el principio. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores – Etapa del Beneficio de Medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otra persona calificada en nombre de usted) ha gastado $2,100 por medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – Es la agencia federal que administra el programa Medicare.

Plan para Personas con Necesidades Especiales por Enfermedades Crónicas (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP) – Los C-SNP son Planes para Personas con Necesidades Especiales que limitan la inscripción solamente a personas que cumplen los requisitos de Medicare Advantage y que tienen una o más enfermedades crónicas y graves específicas.

Estudio de Investigación Clínica – Forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidado médico, por ejemplo, el efecto que surte un nuevo medicamento para tratar el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de cuidado médico o medicamentos buscando voluntarios que participen en el estudio. Esta clase de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a determinar si un nuevo método funciona y si es seguro.

Coseguro – Lo que posiblemente tenga que pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de servicios o los medicamentos con receta una vez que haya pagado los deducibles correspondientes. El coseguro para los servicios dentro de la red se basa en tarifas negociadas contractualmente (cuando están disponibles para el servicio cubierto específico para el cual se aplica el coseguro) o en el Costo Permitido por Medicare, según nuestros acuerdos contractuales para el servicio.

Compendios – Fuentes de referencia reconocidas por Medicare que contienen información sobre los medicamentos y las indicaciones médicamente aceptadas para la cobertura de la Parte D.

Queja – El nombre formal para presentar una queja es presentar una queja formal. El proceso para presentar quejas se usa solamente para ciertos tipos de problemas. Se incluyen problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También se incluyen quejas si nuestro plan no respeta los plazos del proceso de apelación.

Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) – Centro que principalmente presta servicios para la rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, servicios de terapia respiratoria, terapia ocupacional y patología del habla y del lenguaje, además de servicios para la evaluación del entorno de su domicilio.

Copago – Cantidad que posiblemente tenga que pagar como su parte del costo de un suministro o servicio médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio, oun medicamento con receta. El copago es una cantidad fija (por ejemplo $10), no es un porcentaje.

Costo Compartido – Se refiere a lo que un miembro debe pagar al recibir servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) el deducible que un plan puede imponer antes de cubrir servicios o medicamentos; 2) el copago fijo que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o 3) el coseguro, un porcentaje del total que se paga por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Nivel de Costo Compartido – Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está asignado a uno de 5 niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo de su medicamento.

Determinación de Cobertura – Decisión sobre si un medicamento que se le ha recetado está cubierto por nuestro plan y la cantidad, si corresponde, que usted debe pagar por el medicamento con receta. Por lo general, si usted lleva su receta a una farmacia y le informan que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, esto no se trata de una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal con respecto a la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se llaman decisiones de cobertura.

Medicamentos Cubiertos – Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Servicios Cubiertos – Término que usamos en esta Evidencia de Cobertura para referirnos a todos los suministros y servicios para el cuidado de la salud que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de Medicamentos con Receta Acreditable – Cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que, como mínimo, la cobertura pague, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando comienzan a cumplir los requisitos de Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cuidado de Custodia – Cuidado personal que se recibe en un asilo de convalecencia, en un centro de cuidados para enfermos terminales o en otro centro cuando usted no necesita cuidado médico especializado ni cuidado de enfermería especializada. El cuidado de custodia, proporcionado por personas que no tienen capacitación o especialización profesional, incluye la ayuda en las actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse o levantarse de la cama, sentarse o pararse de una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan solas, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga el cuidado de custodia.

Servicio al Cliente – Departamento dentro de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Costo Compartido Diario – Es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Un costo compartido diario es el copago dividido por el número de días en un suministro de un mes. Por ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de $30, y un suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

El Costo Compartido Diario se aplica solamente si el medicamento se presenta en una dosis oral sólida (por ejemplo, una tableta o cápsula) cuando se surte un suministro de menos de un mes conforme a la ley vigente. Los requisitos de Costo Compartido Diario no se aplican a ninguno de los siguientes medicamentos:

1. Dosis orales de antibióticos.
2. Dosis orales sólidas que se suministran en su recipiente original o que generalmente se suministran en su envase original para ayudar a los pacientes a cumplir con el cumplimiento.

Deducible – Cantidad que usted debe pagar por el cuidado de la salud o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Cancelar la Inscripción o **Cancelación de la Inscripción –** Proceso para terminar su membresía en nuestro plan.

Cargo de Suministro – Tarifa que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y envasar el medicamento con receta.

Individuos con Elegibilidad Doble – Persona que cumple los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) – Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos o todos los costos de Medicare, según el estado y los requisitos de participación de la persona.

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) – Cierto equipo médico que su médico le indica por razones médicas. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio.

Emergencia – Una emergencia médica se da cuando usted, o cualquier persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si se trata de una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la funcionalidad de una extremidad, o la pérdida o limitación grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.

Cuidado de Emergencia – Servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor calificado para prestar servicios para emergencias; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de Información – Es el documento que, junto con su solicitud de inscripción y los adjuntos, las cláusulas adicionales u otra cobertura opcional que haya elegido, explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción – Una decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no esté en nuestro formulario (una excepción al formulario), o que le permite obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). Usted puede solicitar una excepción, si nuestro plan requiere que pruebe primero otro medicamento antes de obtener el medicamento que usted pide, si nuestro plan requiere una preautorización para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que usted pide (una excepción al formulario).

Programa Ayuda Adicional – Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y los coseguros.

Medicamento Genérico – Medicamento con receta que ha sido aprobado por la Administración

de Alimentos y Medicamentos como medicamento que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento "genérico" surte el mismo efecto que un medicamento de marca y suele costar menos.

Auxiliar de Asistencia Médica a Domicilio – Persona que presta servicios para los que no se necesita la especialización de una enfermera o terapeuta con licencia, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio – Cuidado de enfermería especializada y otros servicios para el cuidado de la salud que usted recibe en su domicilio para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos se indican en la Tabla de Beneficios de la Sección 2.1 del Capítulo 4 bajo el título "Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio". Si necesita servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio, nuestro plan los cubrirá siempre y cuando se cumplan los requisitos de cobertura de Medicare. El cuidado de asistencia médica a domicilio puede incluir los servicios de un **auxiliar de asistencia médica a domicilio** si los servicios forman parte del plan de cuidado de asistencia médica a domicilio indicado para su enfermedad o lesión. No están cubiertos a menos que también reciba un servicio especializado cubierto. Los servicios de asistencia médica a domicilio no incluyen los servicios de limpieza de la casa, tampoco los arreglos para servicios de alimentos ni el cuidado de enfermería de tiempo completo en el domicilio.

Cuidados para Enfermos Terminales – Beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido médicamente certificado con una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de los centros de cuidados para enfermos terminales en su zona geográfica. Si elige un centro de cuidados para enfermos terminales y continúa pagando las primas, usted seguirá siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Cuidados para Enfermos Terminales – Cuidados especiales para las personas que tienen una enfermedad terminal y el asesoramiento a sus familiares. Los cuidados para enfermos terminales consisten en cuidados físicos y asesoramiento a cargo de un equipo de personas que forman parte de una compañía privada o agencia pública certificada por Medicare. Según la situación, estos cuidados pueden prestarse en el domicilio, en un centro de cuidados para enfermos terminales, en un hospital o en un asilo de convalecencia. Los cuidados para enfermos terminales tienen el propósito de ayudar a los pacientes durante sus últimos meses de vida, aliviando el dolor y dando bienestar. El enfoque se centra en dar cuidado al paciente, no en lograr su curación. Para obtener más información sobre los cuidados para enfermos terminales visite es.medicare.gov y en "Herramientas de búsqueda" seleccione "Buscar una publicación de Medicare" para ver o descargar la publicación "Medicare y los Beneficios de Hospicio". O llame al (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Estadía en el Hospital como Paciente Hospitalizado – Estadía en el hospital cuando usted ha sido formalmente admitido para recibir servicios médicos especializados. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que se le considere un "paciente ambulatorio".

Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA) – Si sus ingresos brutos ajustados y modificados, según lo informado en su declaración de impuestos ante el Servicio de Impuestos

Internos (IRS) de hace 2 años, son superiores a cierta cantidad, usted pagará la prima estándar y, además, un Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso, al que también se le llama IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de los beneficiarios de Medicare se ven afectados, así que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Etapa de Cobertura Inicial – Esta es la etapa antes de que los gastos de su bolsillo para el año alcancen el umbral de gastos de su bolsillo.

Período de Inscripción Inicial – Cuando cumple los requisitos de Medicare por primera vez, el período en el que puede inscribirse en la Parte A y en la Parte B de Medicare. Si cumple los requisitos de Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes de su cumpleaños y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Producto Biosimilar Intercambiable – Un producto biosimilar que se puede usar como un sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin la necesidad de una receta nueva porque cumple con los requisitos adicionales relacionados con una posible sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a las leyes del estado.

Plan Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) – Un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un único plan de salud para ciertos grupos de personas que cumplen los requisitos tanto de Medicare como de Medicaid. Estas personas también se conocen como individuos con elegibilidad doble y beneficios completos.

Plan Institucional para Personas con Necesidades Especiales (Institutional Special Needs Plan, I-SNP) – Los I-SNP limitan la inscripción solamente a personas que cumplen los requisitos de Medicare Advantage y que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de cuidado que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros de cuidado a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: Planes Institucionales Equivalentes para Personas con Necesidades Especiales (Institutional-equivalent SNPs, IE-SNP), Planes Institucionales Híbridos para Personas con Necesidades Especiales (Hybrid Institutional SNPs, HI-SNP) y Planes Institucionales en Centros para Personas con Necesidades Especiales (Facility-based Institutional SNPs, FI-SNP).

Plan Institucional Equivalente para Personas con Necesidades Especiales (Institutional Equivalent Special Needs Plan, IE-SNP) – Un IE-SNP limita la inscripción solamente a personas que cumplen los requisitos de Medicare Advantage y que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de cuidado que ofrece un centro.

Queja Formal Integrada – Tipo de queja que usted puede presentar sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluso una queja relacionada con la calidad del cuidado que ha recibido. Esto no incluye disputas sobre la cobertura o el pago de servicios.

Determinación de la Organización Integrada – El Plan Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando decide si los artículos o servicios tienen o no tienen cobertura, o cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos En esta guía, las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura”. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o "Lista de Medicamentos") – Es la lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – Consulte Programa Ayuda Adicional.

Programa de Descuento de Fabricantes – Programa según el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos de la Parte D cubiertos. Los descuentos se establecen mediante acuerdos alcanzados entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Precio Justo máximo – Precio que Medicare negoció por un medicamento selecto.

Máximo de Gastos de su Bolsillo – Lo máximo que pagará de su bolsillo durante el año calendario por servicios de la Parte A y la Parte B dentro de la red que tengan cobertura. Lo que usted paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo.) Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre el máximo de gastos de su bolsillo.

Medicaid o Asistencia Médica – Programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos si califica para Medicare y Medicaid.

Emergencia Médica – Una emergencia médica se da cuando usted, o cualquier persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o de la funcionalidad de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.

Indicación Médicamente Aceptada – Uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por fuentes de referencia específicas, tales como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System de Micromedex.

Médicamente Necesario – Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare – Programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (generalmente personas con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón).

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage – Período del 1 de enero al 31 de marzo en el que 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 decide cambiarse a Medicare Original durante este período, usted también puede inscribirse en un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses

después de que una persona cumple los requisitos de Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA) – En ocasiones se le llama Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle a usted todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un plan Privado de Tarifa por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir de estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). A estos planes se les llama **Planes Medicare Advantage con cobertura de Medicamentos con Receta**.

Costo Permitido por Medicare – Costo máximo de un servicio para que pueda ser reembolsado por Medicare Original.

Asignación de Medicare – En Medicare Original, un médico o proveedor “acepta la asignación” si acepta la cantidad aprobada por Medicare como pago total de los servicios cubiertos.

Servicios Cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, tales como los servicios para la vista, los servicios dentales o los servicios para la audición, que el plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de Salud de Medicare – Plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a los beneficiarios de Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Personas con Necesidades Especiales, los Programas Piloto o de Demostración y los Programas de Cuidado Todo Incluido para Ancianos (PACE).

Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro que ayuda a pagar medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no cubre la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Programa de Manejo de Terapias de Medicamentos (MTM) – Programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas, que está disponible para personas que cumplen ciertos requisitos o participan en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios del Programa de Manejo de Terapias de Medicamentos suelen incluir una consulta con un farmacéutico o profesional de cuidado de la salud para revisar los medicamentos.

Póliza “Medigap” (Seguro Complementario de Medicare) – Seguro Complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir los costos que no están cubiertos por Medicare Original. Las pólizas Medigap solamente se pueden usar con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap.)

Miembro (Miembro de nuestro plan, o “Miembro del Plan”) – Beneficiario de Medicare que cumple los requisitos para recibir servicios cubiertos, participa en nuestro plan, y cuya inscripción

ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Red – Médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros proveedores o centros de cuidado de la salud que han acordado con nosotros prestar a nuestros miembros los servicios cubiertos y aceptar lo que pagamos y cualquier costo compartido del plan como pago total. (Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1).

Farmacia de la Red – Farmacia que tiene contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura solamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la Red – "Proveedor" es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de cuidado de la salud, hospitales y otros centros de cuidado de la salud con licencia o certificación de Medicare y del Estado para prestar servicios para el cuidado de la salud. "Los proveedores de la red" tienen un acuerdo con nuestro plan de aceptar lo que pagamos como pago total, y en algunos casos, coordinar además de prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se llaman "proveedores del plan".

Producto Biológico Original – Un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y el cual es usado como comparación por los fabricantes de una versión biosimilar. También se le llama un producto de referencia.

Período de Inscripción Abierta – Plazo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o cambiarse a Medicare Original (también se le llama Período de Inscripción Anual).

Medicare Original ("Medicare Tradicional" o Medicare de "Tarifa por Servicio") **–** Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago de las cantidades establecidas por el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga su parte. Medicare Original tiene 2 partes: La Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico) y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

Farmacia Fuera de la Red – Farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o suministrar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor Fuera de la Red o Centro Fuera de la Red – Proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propiedad ni están administrados por nuestro plan.

Gastos de su bolsillo – Consulte la definición de "costo compartido" anterior. Los "gastos de su bolsillo" del miembro son la cantidad que el miembro tiene la obligación de pagar como su costo compartido de los servicios o medicamentos recibidos.

Plan del Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) – Plan que combina servicios médicos, sociales y para el cuidado a largo plazo para personas frágiles para ayudarles a mantener su independencia y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un asilo de convalecencia) durante el mayor tiempo posible y, a su vez, recibir el cuidado de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en el programa PACE reciben sus beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan. El programa PACE no está disponible en todos los estados. Si desea saber si el programa PACE está disponible en su estado, comuníquese con Servicio al Cliente.

Parte C – Consulte **Plan Medicare Advantage (MA)**.

Parte D – Programa de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare voluntario.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que tienen cobertura mediante la Parte D. Es posible que no ofrezcamos todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D. Cada plan debe ofrecer cobertura para ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por Inscripción Tardía en la Parte D – Cantidad que se agrega a la prima mensual de su plan de su cobertura de medicamentos de Medicare si usted ha estado sin cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague como mínimo, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período de 63 días consecutivos o más después de que usted cumple los requisitos por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde el programa Ayuda Adicional, es posible que esté sujeto a una multa por inscripción tardía si continúa durante 63 días consecutivos o más sin otra cobertura de medicamentos con receta acreditable o de la Parte D.

Plan de Punto de Servicio (Point of Service, POS) – Como miembro de este plan de Punto de Servicio (POS), usted puede recibir servicios cubiertos de proveedores de la red. Usted también puede recibir servicios dentales de rutina cubiertos de proveedores que no tienen contrato con UnitedHealthcare.

Prima – Es la cantidad que se paga periódicamente a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de cuidado de la salud por la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Administrador de Beneficios de Medicamentos con Receta – Organización externa de medicamentos con receta responsable de procesar y pagar reclamos de medicamentos con receta, desarrollar y mantener la lista de medicamentos (formulario), y negociar descuentos y rebajas con fabricantes de medicamentos.

Servicios preventivos – Cuidado de la salud para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento surta mejor efecto (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas antigripales y mamografías de detección).

Proveedor de Cuidado Primario (Primary Care Provider, PCP) – Es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primeramente para la mayor parte de sus problemas de salud. Con muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de cuidado primario antes de consultar a cualquier otro médico.

Preautorización – En el caso de los servicios médicos, significa un proceso en el cual el médico o el proveedor que proporciona el tratamiento debe recibir la preaprobación antes de que ciertos

servicios médicos sean prestados o pasen a ser pagaderos. En el caso de ciertos medicamentos, significa un proceso en el que usted o su proveedor deben recibir la preaprobación antes de que ciertos medicamentos sean proporcionados o pasen a ser pagaderos. Esta aprobación se basa en criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan preautorización se indican en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. En el formulario se indican los medicamentos cubiertos que requieren preautorización y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Prótesis y Ortesis – Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluso los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – Grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud que reciben pago del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare.

Límites de Cantidad – Proceso administrativo diseñado para limitar el uso de un medicamento por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden referirse a la cantidad del medicamento que cubrimos por cada receta o durante un período establecido.

Herramienta de Búsqueda de Beneficios en Tiempo Real – Portal o aplicación informática en la que los miembros pueden buscar información sobre el formulario y los beneficios completa, exacta, oportuna, clínicamente adecuada y específica para los miembros. Incluye costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que se pueden usar para la misma condición de salud que un medicamento determinado y restricciones a la cobertura (Preautorización, Terapia Escalonada, Límites de Cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Referencia – Indicación por escrito de su médico de cuidado primario para que visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una referencia, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de Rehabilitación – Estos servicios incluyen cuidado de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (paciente ambulatorio), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Clínica Sin Cita Previa – Lugar donde los proveedores generalmente atienden sin necesidad de programar una cita y que puede ser un sitio independiente o estar ubicado en un supermercado, una farmacia o una tienda minorista. Los Servicios de las Clínicas sin Cita Previa están sujetos al mismo costo-compartido que los Centros de Cuidado de Urgencia. (Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4)

Medicamento Selecto – Medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un Precio Justo Máximo.

Área de Servicio – Zona geográfica en la que usted debe vivir para inscribirse en un plan de salud particular. En el caso de planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede utilizar, generalmente también es el área donde usted puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). Nuestro plan puede cancelar su inscripción si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) – Cuidado

de enfermería especializada y servicios para la rehabilitación que se proporcionan diaria y continuamente en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de cuidado incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solamente pueden ser proporcionados por un médico o una enfermera titulada.

Plan para Personas con Necesidades Especiales – Un tipo especial de Plan Medicare Advantage que proporciona cuidado de la salud más especializado para grupos específicos de personas, por ejemplo, quienes tienen tanto Medicare como Medicaid, quienes viven en un asilo de convalecencia o quienes sufren ciertas condiciones médicas crónicas.

Terapia Escalonada – Procedimiento de utilización en que requiere que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Programa Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI) – Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados y que sean discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del programa Seguridad de Ingreso Complementario no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios Requeridos de Urgencia – Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no sea una emergencia es un servicio requerido de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o no es razonable, debido al tiempo, el lugar o las circunstancias, recibir este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios requeridos de urgencia son lesiones o enfermedades médicas imprevistas, o el agravamiento inesperado de enfermedades existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (tales como los exámenes médicos anuales) no se consideran servicios requeridos de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

UHC Dual Complete FL-Y5 (HMO-POS D-SNP) Servicio al Cliente:

Llame al **1-866-842-4968**

Las llamadas a este número son gratis, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY **711**

Las llamadas a este número son gratis, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Escriba a **P.O. Box 30769**
Salt Lake City, UT 84130-0769

myUHC.com/CommunityPlan

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud

El programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud local a los beneficiarios de Medicare.
Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de su estado al número de teléfono indicado en la Sección 3 del Capítulo 2 de la Evidencia de Cobertura.

Declaración de Divulgación de la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA)
Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto 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.

UHFL26HP0339462_002