

# ***Manual del Miembro de First Choice VIP Care Plus (Plan Medicare-Medicaid)***

1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

## **Su cobertura de salud y medicamentos bajo el plan Medicare-Medicaid de First Choice VIP Care Plus**

### **Introducción al *Manual del Miembro***

Este manual le informa sobre su cobertura bajo First Choice VIP Care Plus hasta el 31 de diciembre de 2024. Explica los servicios de atención médica, la cobertura de salud conductual, la cobertura de medicamentos recetados y los servicios y apoyos a largo plazo. Los servicios y apoyos a largo plazo le brindan la ayuda que necesita, ya sea que reciba servicios en el hogar o en un hogar de ancianos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

**Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan de First Choice VIP Care Plus es ofrecido por Select Health of South Carolina, Inc. Cuando este *Manual del Miembro* dice “nosotros,” “nos” o “nuestro,” significa Select Health of South Carolina, Inc. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan” significa First Choice VIP Care Plus.

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Servicios al Miembro de First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita.

Puede pedir este documento de forma gratuita en otros formatos como, por ejemplo, impresión en letra grande, braille, o audio. Llame al **1-888-978-0862 (TTY 711)** de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

Puede hacer una solicitud para obtener este documento, ahora y en el futuro, en español o en otro formato, simplemente llamando a Servicios al Miembro al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. También le pediremos su preferencia durante nuestra llamada de bienvenida y más adelante en el año, cuando se comunique con el plan. El plan almacenará su solicitud y continuará enviando documentos futuros, en español o en otro formato, a menos que nos pida que cancelemos o cambiemos la solicitud. Puede cancelar o cambiar su solicitud en cualquier momento, simplemente llamando a Servicios al Miembro. Las llamadas son gratuitas.

---

**Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).**



## Tabla de contenidos

**Capítulo 1:** Primeros pasos como miembro

**Capítulo 2:** Investigación y números de teléfono importantes

**Capítulo 3:** Cómo utilizar la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

**Capítulo 4:** Cuadro de beneficios

**Capítulo 5:** Cómo obtener sus medicamentos bajo receta a través del plan como paciente ambulatorio

**Capítulo 6:** Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Michigan Medicaid

**Capítulo 7:** Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos

**Capítulo 8:** Sus derechos y responsabilidades

**Capítulo 9:** Qué hacer si usted tiene algún problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

**Capítulo 10:** Finalización de su membresía en nuestro plan Medicare-Medicaid

**Capítulo 11:** Avisos legales

**Capítulo 12:** Definiciones de palabras importantes

## Descargo de responsabilidad

- ❖ First Choice VIP Care Plus es un plan médico que tiene contratos con Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid para brindar a los miembros los beneficios de ambos programas.
- ❖ La cobertura de First Choice VIP Care Plus es una cobertura médica calificada llamada "cobertura esencial mínima". Cumple con el requisito de responsabilidad personal compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act) (ACA). Visite el sitio web de Internal Revenue Service (Servicio de Impuestos Internos o IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad personal compartida.



---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).

# Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

---

## Introducción

Este capítulo incluye información sobre First Choice VIP Care Plus, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid, y su membresía en él. También le dice qué esperar y qué otra información obtendrá de First Choice VIP Care Plus. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

## Tabla de contenidos

A. Bienvenido a First Choice VIP Care Plus.....	4
B. Información sobre Medicare y Medicaid.....	4
B1. Medicare .....	4
B2. Medicaid .....	4
C. Ventajas de este plan.....	5
D. Área de servicio de First Choice VIP Care Plus.....	6
E. ¿Qué hace que usted sea elegible para ser miembro del plan?.....	6
F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud .....	7
G. Su plan de atención .....	8
H. Prima mensual del plan First Choice VIP Care Plus .....	8
I. El <i>Manual del Miembro</i> .....	9
J. Otra información importante que recibirá de nosotros .....	9
J1. Su tarjeta de identificación de miembro de First Choice VIP Care Plus.....	9
J2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> .....	10
J3. <i>Listado de medicamentos cubiertos</i> .....	11
J4. <i>La Explicación de beneficios</i> .....	11
K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía.....	12
K1. Privacidad de la información médica personal (PHI).....	12

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



---

## A. Bienvenido a First Choice VIP Care Plus

First Choice VIP Care Plus es un plan Medicare-Medicaid del programa Healthy Connections Prime. Un plan Medicare-Medicaid es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con *coordinadores de atención* y equipos de atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para proporcionarle a usted el cuidado que necesita.

First Choice VIP Care Plus fue aprobado por el estado de South Carolina y los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para brindarle servicios como parte del programa Healthy Connections Prime.

Healthy Connections Prime es un programa de demostración administrado conjuntamente por South Carolina y el gobierno federal para brindar una mejor atención médica a las personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. Bajo esta demostración, el gobierno estatal y federal quieren probar nuevas formas de mejorar la forma en que obtiene sus servicios de atención médica de Medicare y Medicaid.

Select Health of South Carolina, Inc. (Select Health) es una organización de atención administrada autorizada por el Departamento de Seguros de South Carolina. Con sede en Charleston, SC, Select Health lleva 26 años dando servicio a South Carolina.

---

## B. Información sobre Medicare y Medicaid

### B1. Medicare

Medicare es el programa de seguro médico federal para:

- personas de 65 años o más,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

### B2. Medicaid

Medicaid es un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyos a largo plazo y costos médicos. También cubre servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare. En South Carolina, Medicaid se llama Healthy Connections Medicaid.

Cada estado decide:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



- lo que cuenta como ingresos y recursos,
- quien califica,
- cuáles servicios están cubiertos, **y**
- el costo de aquellos servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre que sigan las reglas federales.

Medicare y South Carolina deben aprobar First Choice VIP Care Plus cada año. Puede obtener servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid a través de nuestro plan siempre que:

- elegimos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y el estado de South Carolina aprueban el plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid no se verá afectada.

---

## C. Ventajas de este plan

Ahora obtendrá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Healthy Connections Medicaid de First Choice VIP Care Plus, incluidos los medicamentos recetados. **No paga más para unirse a este plan de salud.**

First Choice VIP Care Plus ayudará a que sus beneficios de Medicare y Healthy Connections Medicaid funcionen mejor juntos y funcionen mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Podrá trabajar con un plan de salud para todas sus necesidades de seguro médico.
- Tendrá un equipo de atención que ayudó a formar. Su equipo de atención puede incluir médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita.
- Tendrá un coordinador de atención. Esta es una persona que trabaja con usted, con First Choice VIP Care Plus y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.
- Podrá dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y coordinador de atención.
- El equipo de atención y el coordinador de atención trabajarán con usted para elaborar un plan de atención diseñado específicamente para satisfacer sus

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



necesidades de salud. El equipo de atención se encargará de coordinar los servicios que necesite. Esto significa, por ejemplo:

- Su equipo de atención se asegurará de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para que puedan reducir los efectos secundarios.
- Su equipo de atención se asegurará de que los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores.

---

## D. Área de servicio de First Choice VIP Care Plus

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en South Carolina:

Abbeville	Charleston	Fairfield	Lee	Richland
Aiken	Cherokee	Florence	Lexington	Saluda
Allendale	Chester	Georgetown	Marion	Spartanburg
Anderson	Chesterfield	Greenville	Marlboro	Sumter
Bamberg	Clarendon	Greenwood	McCormick	Union
Barnwell	Colleton	Hampton	Newberry	Williamsburg
Beaufort	Dillon	Jasper	Oconee	
Berkeley	Dorchester	Kershaw	Orangeburg	
Calhoun	Edgefield	Laurens	Pickens	

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener First Choice VIP Care Plus.

**Si se muda fuera de nuestra área de servicio**, no puede permanecer en este plan. Consulte el Capítulo 8, Sección J, página 11, para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

---

## E. ¿Qué hace que usted sea elegible para ser miembro del plan?

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando:

- viva en nuestra área de servicio (los individuos encarcelados no se considera que viven en el área de servicio, incluso si están ubicados físicamente en ella), **y**
- tiene 65 años o más en el momento de la inscripción; **y**
- cuenta con las Partes A, B y D de Medicare, **y**
- es elegible para los beneficios completos de Healthy Connections Medicaid; **y**
- es ciudadano estadounidense o tiene presencia legal en los Estados Unidos.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



Incluso si cumple con los criterios anteriores, no es elegible para nuestro plan si:

- forma parte de la población de gastos de Healthy Connections Medicaid; o
- tiene un Seguro integral de terceros; o
- vive en un Centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID) o en un Centro de enfermería en el momento de la determinación de elegibilidad; o
- está en un programa de cuidados paliativos o está recibiendo servicios de enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) al momento de la determinación de elegibilidad; o
- está participando en un programa de exención de atención a largo plazo de la comunidad que no sea la exención de opciones comunitarias, la exención de VIH/SIDA o la exención de ventilación mecánica.

Puede optar por **inscribirse o permanecer en First Choice VIP Care Plus** si:

- actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage o en el Programa de atención integral para personas mayores (PACE). Si se inscribe en Healthy Connections Prime, se cancelará automáticamente su inscripción en su programa actual y en cualquier plan de la Parte D de Medicare; o
- transición de un centro de enfermería o ICF/IID a la comunidad; o
- ya está inscrito en este plan pero luego ingresan a un centro de enfermería; o
- está inscrito en este plan pero ingresa a un programa de cuidados paliativos o se vuelve elegible para los servicios de ESRD.

---

## F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud

Cuando se inscribe por primera vez en el plan, se le realizará un examen médico inicial dentro de los primeros 30 días para recopilar información sobre su historial médico y social y sus necesidades.

También recibirá una evaluación integral dentro de los primeros 60 o 90 días, según sus necesidades de salud. La evaluación integral analizará en profundidad sus necesidades médicas, necesidades sociales y capacidades. Obtendremos información de usted, sus proveedores y familiares/cuidadores cuando sea apropiado. Esta evaluación será realizada por profesionales de la salud calificados y capacitados, como enfermeras, trabajadores sociales y coordinadores de atención.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



Podemos combinar su examen de salud inicial y una evaluación integral en una evaluación que se realiza dentro de los primeros 60 días. Generalmente, las personas que están inscritas en ciertos programas de exención de Healthy Connections Medicaid recibirán la evaluación de salud inicial combinada y la evaluación integral.

Si su evaluación integral muestra que tiene necesidades de salud muy importantes, es posible que deba completar una Evaluación de atención a largo plazo con una enfermera titulada. La Evaluación de atención a largo plazo determina si necesita atención adicional en un centro de enfermería o mediante una exención comunitaria.

**Si First Choice VIP Care Plus es nuevo para usted**, puede seguir usando los médicos a los que acude ahora y conservar sus autorizaciones de servicio actuales durante 180 días después de su primera inscripción. Durante este período de tiempo, seguirá teniendo acceso a los mismos artículos, servicios y medicamentos recetados médicamente necesarios que tiene en la actualidad. También tendrá acceso a sus proveedores médicos, de salud mental y de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).

Muchos de sus médicos y otros proveedores ya están en nuestra red, pero si no lo están, después de 180 días en nuestro plan, deberá utilizar médicos y otros proveedores en nuestra red. Podemos ayudarlo a realizar la transición a un proveedor de la red en menos de 180 días una vez que hayamos completado su evaluación integral, desarrollado un plan de transición y solo si está de acuerdo. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección D, página 6 para obtener más información sobre cómo recibir atención.

---

## G. Su plan de atención

Su plan de atención es el plan para los servicios de salud que recibirá y cómo los obtendrá.

Después de su evaluación integral, su equipo de atención se reunirá con usted para hablar sobre los servicios de salud que necesita y desea. Juntos, usted y su equipo de atención elaborarán un plan de atención.

Cada año, su equipo de atención trabajará con usted para actualizar su plan de atención si cambian los servicios de salud que necesita y desea.

---

## H. Prima mensual del plan First Choice VIP Care Plus

First Choice VIP Care Plus no tiene una prima mensual del plan.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.

## I. El Manual del Miembro

Este *Manual del Miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, es posible que pueda apelar o impugnar nuestra acción. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 6, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un Manual del Miembro llamando a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Manual del Miembro* en [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com) o descargarlo de este sitio web.

El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en First Choice VIP Care Plus entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

## J. Otra información importante que recibirá de nosotros

Ya debería haber recibido una tarjeta de identificación de miembro de First Choice VIP Care Plus, información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias*, e información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos*.

### J1. Su tarjeta de identificación de miembro de First Choice VIP Care Plus

Con nuestro plan, tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid, incluidos los servicios y apoyos a largo plazo y las recetas médicas. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o receta médica. Aquí hay una tarjeta de muestra para mostrarle cómo se verá la suya:



Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios al Miembro de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).



Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o su tarjeta de Healthy Connections Medicaid para obtener servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro de First Choice VIP Care Plus, el proveedor puede facturar a Medicare en lugar de nuestro plan, y es posible que usted reciba una factura. Consulte el Capítulo 7, Sección A, página 2 para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

## **J2. Directorio de proveedores y farmacias**

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores y las farmacias de la red de First Choice VIP Care Plus. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan (consulte el Capítulo 3, Sección B, página 3).

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (en formato digital o físico) llamando a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de la página. Las solicitudes en formato físico del Directorio de proveedores y farmacias se enviarán por correo postal en un plazo de tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en nuestro sitio web que se encuentra en la parte inferior de la página o descargarlo de este sitio web.

Este directorio enumera los profesionales de atención médica (como médicos, enfermeras practicantes y psicólogos), centros médicos (como hospitales o clínicas) y proveedores de apoyo que puede ver como miembro de First Choice VIP Care Plus. También enumeramos las farmacias que puede utilizar para obtener sus medicamentos recetados.

### **Definición de proveedores de la red**

- Los proveedores de la red de First Choice VIP Care Plus incluyen:
  - médicos, enfermeras y otros profesionales de atención médica que puede utilizar como miembro de nuestro plan;
  - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan; **y**
  - agencias de salud en el hogar, proveedores de equipos médicos duraderos, proveedores de servicios de exención, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo y otros que brindan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Healthy Connections Medicaid.

Los proveedores de la red han acordado aceptar el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.



### Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias (droguerías) que han acordado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar.
- Excepto durante una emergencia, debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan las pague.

Llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de la página para obtener más información. Tanto el Departamento de Servicios al Miembro como el sitio web de First Choice VIP Care Plus pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y proveedores de nuestra red.

### J3. *Listado de medicamentos cubiertos*

El plan tiene un *Listado de medicamentos* cubiertos. Lo llamamos "Listado de medicamentos" para abreviar. Indica qué medicamentos recetados están cubiertos por First Choice VIP Care Plus.

El Listado de medicamentos también le informa si existen reglas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5, Sección C, página 11 para informarse más sobre estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder al Listado de medicamentos, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite nuestro sitio web utilizando la información en la parte inferior de la página o llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de la página.

### J4. *La Explicación de beneficios*

Cuando usted utiliza sus beneficios de farmacia de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a entender y a hacer un seguimiento de los pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se llama *Explicación de beneficios* (o EOB).

La EOB le dice la cantidad total que usted, u otros en su nombre, han gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. El Capítulo 6, Sección A, página 4 brinda más información sobre la EOB y cómo puede ayudarlo a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

Una EOB también está disponible cuando la solicita. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios al Miembro.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



---

## K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Puede mantener actualizado su registro de membresía informándonos cuando cambia su información.

Los proveedores y las farmacias de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted. **Usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos recibe y cuánto le costarán.** La mayoría de los servicios son gratuitos, pero es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Háganos saber lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja doméstica, o compensación laboral
- cualquier reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico
- admisión en un centro médico de enfermería u hospital
- atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- cambios en quién es su cuidador (o cualquier persona responsable de usted)
- usted es parte o se convierte en parte de un estudio de investigación clínica (NOTA: No es necesario que comparta su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretenda participar pero le animamos a hacerlo).

Si cambia alguna información, háganoslo saber llamando a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de la página.

### K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)

La información en su registro de membresía puede incluir información médica personal (PHI). Las leyes exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. Nos aseguramos de que su PHI esté protegida. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8, Sección C, página 7



**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.

## Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

---

### Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarlo a responder sus preguntas sobre First Choice VIP Care Plus y sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención, y otras personas que puedan ayudarlo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

### Tabla de contenidos

A. Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de First Choice VIP Care Plus .....	2
A1. Cuándo comunicarse con Servicios al Miembro.....	2
B. Cómo comunicarse con su coordinación de atención.....	5
B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de atención.....	6
C. Cómo ponerse en contacto con la Línea llamadas de asesoramiento de enfermería .....	7
C1. Cómo ponerse en contacto con la Línea de llamadas de asesoramiento de enfermería.....	7
D. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP).....	7
D1. Cuando contactar a I-CARE .....	8
E. Cómo comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad (QIO) .....	9
E1. Cuando contactar KEPRO .....	9
F. Cómo contactar a Medicare .....	10
G. Cómo comunicarse con Healthy Connections Medicaid .....	11
H. Cómo comunicarse con el defensor de Healthy Connections Prime .....	12
I. Cómo comunicarse con el Defensor del pueblo de atención a largo plazo de South Carolina.....	13
J. Otros recursos.....	14

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## A. Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de First Choice VIP Care Plus

<b>LLAME</b>	<p><b>1-888-978-0862.</b> Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m.</p> <p>Después del horario comercial habitual, fines de semana y vacaciones, el sistema interactivo de respuesta por voz le permitirá dejar un mensaje.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete sin cargo para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p><b>711.</b> Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m.</p> <p>Después del horario comercial habitual, fines de semana y vacaciones, el sistema interactivo de respuesta por voz le permitirá dejar un mensaje.</p>
<b>ESCRIBA</b>	<p>First Choice VIP Care Plus P.O. BOX 7107 London, KY 40742-7107</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.firstchoicevipcareplus.com">www.firstchoicevipcareplus.com</a></p>

### A1. Cuándo comunicarse con Servicios al Miembro

- preguntas sobre el plan
- preguntas sobre reclamos, facturación o tarjetas de identificación de miembro
- decisiones de cobertura sobre su atención médica
  - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre:
    - sus beneficios y servicios cubiertos, o
    - la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos.
  - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre atención médica.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



- Para informarse más sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 6.
- apelaciones sobre su atención médica
  - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y solicitarnos que la cambiemos si cree que cometimos un error.
  - Para informarse más sobre una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D2, página 7.
- quejas sobre su atención médica
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor fuera de la red o de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja ante nosotros o la Organización sobre la calidad del cuidado que recibe (consulte la Sección E a continuación, página 9).
  - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior titulada “Apelaciones sobre su atención médica”).
  - Puede enviar una queja sobre First Choice VIP Care Plus directamente a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9, Sección C, página 6.
- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
  - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
    - sus beneficios y medicamentos cubiertos, ○
    - la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.
  - Esto se aplica a sus medicamentos recetados de Medicare, medicamentos recetados de Healthy Connections Medicaid y medicamentos de venta libre de Healthy Connections Medicaid.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 6.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.

- apelaciones sobre sus medicamentos
  - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.

Los medicamentos recetados y de venta libre de Health Connections Medicaid están incluidos en el Nivel 3 de la Lista de medicamentos. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare están incluidos en los Niveles 1 y 2 de la Lista de medicamentos. Si desea presentar una apelación por medicamentos de Healthy Connections Medicaid, medicamentos de venta libre del Nivel 3, (OTC) o medicamentos de la Parte D, llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de la página.

- Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección F, página 24.
- quejas sobre sus medicamentos
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos recetados.
  - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior.)
  - Puede enviar una queja sobre First Choice VIP Care Plus directamente a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección F, página 24.
- pago de atención médica o medicamentos que ya pagó
  - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 2.
  - Si nos solicita que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, Sección D, página 6 para obtener más información sobre apelaciones.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).



## B. Cómo comunicarse con su coordinación de atención.

Se le asigna su propio coordinador de atención médica personal que es su referente en First Choice VIP Care Plus. Un coordinador de atención es un profesional de la salud que le ayudará a obtener la atención y los servicios que afectan a su salud y bienestar. Los coordinadores realizarán las evaluaciones detalladas con usted que incluirán su historial médico, su lista de medicamentos, vacunas, pruebas sanitarias, entre otras. Su coordinador de atención lo llegará a conocer y trabajará con usted, sus médicos y otros cuidadores, para asegurarse de que todo funcione bien para usted. Puede compartir su historia clínica con su coordinador de atención médica y establecer objetivos para llevar una vida saludable. Siempre que tenga una pregunta o un problema sobre su salud o los servicios o la atención que recibe de nosotros, puede llamar a su coordinador de atención médica.

Nuestro objetivo en First Choice VIP Care Plus es satisfacer sus necesidades de una manera que funcione para usted. Por eso decimos que nuestro programa está "centrado en la persona". El proceso de planificación centrado en la persona es cuando usted trabaja con su coordinador de atención para crear un plan de atención que se trate de **sus** objetivos, elecciones y capacidades. Cuando cree su plan de atención, le invitamos a hacer participar a las personas que considere clave para su éxito, como familiares, amigos o representantes legales.

<b>LLAME</b>	<p><b>1-888-978-0862.</b> Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.</p> <p>Después del horario comercial habitual, el sistema interactivo de respuesta por voz le permitirá dejar un mensaje para su coordinador de atención.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete sin cargo para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p><b>711.</b> Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.</p>
<b>ESCRIBA</b>	<p>First Choice VIP Care Plus 4389 Belle Oaks Drive Suite 400 Charleston, SC 29405</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.firstchoicevipcareplus.com">www.firstchoicevipcareplus.com</a></p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de atención

- preguntas sobre su atención médica
- Después de cualquier estancia hospitalaria
- Si su estado de salud cambia
- ayuda con la programación de citas
- preguntas sobre la obtención de servicios de salud conductual, transporte y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los LTSS están disponibles para los miembros que están en ciertos programas de exención operados por la división Community Long Term Care (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. Las exenciones son estas:

- exención de Community Choices
- exención de VIH/SIDA
- exención de dependencia de ventilador mecánico

si considera que necesita los servicios de LTSS, puede hablar con su coordinador de cuidados de cómo acceder a ellos y si puede unirse a alguno de esos servicios de exención. Si no cumple con los requisitos para una de las exenciones del CLTC, es posible que sea elegible para **ciertos** servicios y apoyo a largo plazo a través de First Choice VIP Care Plus si cumple con los criterios funcionales y clínicos. Estos servicios incluyen cuidado personal y servicios de relevo.

A veces, puede obtener ayuda con su atención médica diaria y sus necesidades de vida. Es posible que pueda obtener estos servicios:

- asistente de cuidado personal
- cuidado médico domiciliario
- guardería para adultos
- servicios de acompañantes
- terapia del habla
- servicios sociales médicos

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## C. Cómo ponerse en contacto con la Línea Llamadas de asesoramiento de enfermería

La Línea de llamadas de enfermería 24/7 es un servicio gratuito que brinda acceso a una enfermera titulada que puede responder sus preguntas sobre problemas de salud. La Línea de llamadas de asesoramiento de enfermería cuenta con personal de enfermería titulado y está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si no puede comunicarse con su proveedor de atención primaria (PCP) y cree que necesita atención de urgencia, puede llamar a la Línea de llamadas de enfermería. Una enfermera le ayudará a decidir si necesita ir al consultorio de su PCP, a un centro de atención de urgencia o sala de urgencias, cerca de usted. El número de teléfono de la Línea de llamadas de asesoramiento de enfermería se encuentra a continuación.

<b>LLAME</b>	<p>1-855-843-1147. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los siete días de la semana.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete sin cargo para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>

### C1. Cómo ponerse en contacto con la Línea de llamadas de asesoramiento de enfermería

- preguntas sobre su atención médica

## D. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) brinda asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare. En South Carolina, el SHIP se llama programa de Asistencia de asesoramiento sobre seguros y referencias médicas para personas de la tercera edad (I-CARE). I-CARE no está conectado con ninguna compañía de seguros ni plan médico.

La información sobre el programa I-CARE está disponible a través del Departamento de Envejecimiento.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



<b>LLAME</b>	1-800-868-9095 Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
<b>TTY</b>	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
<b>ESCRIBA</b>	Department on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201-3101
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:askus@aging.sc.gov">askus@aging.sc.gov</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud">www.aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud</a>

### D1. Cuando contactar a I-CARE

- preguntas sobre su seguro médico de Medicare
  - Los asesores de I-CARE pueden ayudarlo a:
    - responder a sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan;
    - entender sus derechos,
    - comprender sus opciones de planes,
    - presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, **y**
    - solucionar problemas con sus facturas.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## E. Cómo comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad (QIO)

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. En South Carolina, la QIO es una empresa llamada KEPRO. KEPRO no está conectada con nuestro plan.

<b>LLAME</b>	<p>1-888-317-0751. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los miembros del equipo de KEPRO están disponibles de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes y de 11:00 a.m. a 3:00 p.m. los sábados, domingos y feriados. También puede dejar un mensaje las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Hay servicios de traducción disponibles para miembros y cuidadores que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-855-843-4776 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.</p>
<b>ESCRIBA</b>	<p>KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.keproqio.com/">www.keproqio.com/</a></p>

### E1. Cuando contactar KEPRO

- preguntas sobre su atención médica
  - Puede presentar una queja sobre la atención que recibió si:
    - tiene un problema con la calidad de la atención,
    - cree que su estadía en el hospital está terminando demasiado pronto, o
    - cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) están terminando demasiado pronto.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## F. Cómo contactar a Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de servicios de Medicare y Medicaid, o CMS.

<b>LLAME</b>	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospicios.</p> <p>Incluye sitios web útiles y números de teléfono. También tiene folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas de la tercera edad podrían ayudarlo a visitar este sitio web usando su computadora. O puede llamar a Medicare al número anterior y decirles lo que está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## G. Cómo comunicarse con Healthy Connections Medicaid

Healthy Connections Medicaid ayuda con los costos médicos y los servicios y apoyos a largo plazo para personas con ingresos y recursos limitados.

Está inscrito en Medicare y en Healthy Connections Medicaid. Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda que recibe de Healthy Connections Medicaid, llame a Healthy Connections Medicaid.

<b>LLAME</b>	1-888-549-0820. Esta llamada es gratuita. Este número está disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
<b>TTY</b>	1-888-842-3620. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
<b>ESCRIBA</b>	South Carolina Department of Health and Human Services P.O. Box 8206 Columbia, SC 29202-3101
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.scdhhs.gov">www.scdhhs.gov</a>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).



## H. Cómo comunicarse con el defensor de Healthy Connections Prime

El defensor de Healthy Connections Prime es el defensor del pueblo de las personas inscritas en Healthy Connections Prime. Un defensor del pueblo es una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a comprender qué hacer. El defensor de Healthy Connections Prime también ayuda a las personas inscritas en Healthy Connections Prime con problemas de servicio o facturación. No están conectados con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Estos servicios son gratuitos.

<b>LLAME</b>	1-844-477-4632 El horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
<b>TTY</b>	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
<b>Fax:</b>	1-803-734-4534
<b>ESCRIBA</b>	Representante de Healthy Connections Prime Department on Aging 1301 Gervais Street, Suite 350 Columbia, SC 29201-3101
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:primeadvocate@aging.sc.gov">primeadvocate@aging.sc.gov</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.healthyconnectionsprimeadvocate.com">www.healthyconnectionsprimeadvocate.com</a>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).



## I. Cómo comunicarse con el Defensor del pueblo de atención a largo plazo de South Carolina

El Defensor del pueblo de atención a largo plazo de South Carolina es un programa de ombudsman que ayuda a las personas a aprender sobre los asilos de ancianos y otros entornos de cuidados a largo plazo. También ayuda a resolver problemas entre estos entornos y los residentes o sus familias.

La información sobre el Defensor del pueblo de atención a largo plazo de South Carolina está disponible a través del Departamento de Envejecimiento.

<b>LLAME</b>	1-800-868-9095. Esta llamada es gratuita. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
<b>ESCRIBA</b>	Long Term Care Ombudsman Department on Aging 1301 Gervais St., Suite 350 Columbia, SC 29201-3101
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:ltombudsman@aging.sc.gov">ltombudsman@aging.sc.gov</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aging.sc.gov">www.aging.sc.gov</a>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).



## J. Otros recursos

### La línea 988 de Prevención del Suicidio y Crisis

<b>LLAME AL</b>	1-800-273-8255 Los miembros de habla hispana llaman a: 1-888-628-9454 Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	711 Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://988lifeline.org">https://988lifeline.org</a>

### Cómo denunciar el fraude y el abuso

Si sospecha que se está produciendo fraude, derroche o abuso, infórmenos.

<b>LLAME AL</b>	1-866-833-9718, disponible los 7 días de la semana, las 24 horas del día,
<b>TTY</b>	711 Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>ESCRIBA</b>	Special Investigations Unit P.O. Box 7319 London, KY 40742
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	Formulario de contacto seguro FWA en el sitio web y <a href="mailto:FraudTip@amerihealthcaritasdc.com">FraudTip@amerihealthcaritasdc.com</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.firstchoicevipcareplus.com">www.firstchoicevipcareplus.com</a>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

---

### Introducción

Este capítulo contiene términos y reglas específicos que necesita conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con First Choice VIP Care Plus. También contiene información sobre su coordinador de cuidados, cómo recibir atención de distintos tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (lo que incluye proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer cuando quieren facturarle directamente servicios cubiertos por nuestro plan y las normas para tener equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

### Tabla de contenido

A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red” .....	3
B. Normas para obtener servicios de atención médica, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan .....	3
C. Información sobre su coordinador de atención .....	5
C1. Qué es un coordinador de atención .....	5
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención .....	5
C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención .....	6
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red.....	6
D1. Atención de un proveedor de atención (PCP) .....	6
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	8
D3. Qué hacer cuando un proveedor abandona nuestro plan.....	9
D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red.....	10
E. Cómo recibir servicios de salud conductual.....	11
F. Cómo recibir servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).....	11
G. Cómo recibir atención autodirigida .....	12

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



G1. ¿Qué es la atención autodirigida? .....	12
G2. Quién puede recibir atención autodirigida .....	12
G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores de cuidado personal (si corresponde).....	12
H. Cómo obtener servicios de transporte .....	12
I. Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o necesita atención urgente, o ante un desastre .....	12
I1. Atención en caso urgencia médica .....	12
I2. Atención médica urgente .....	14
I3. Atención durante una catástrofe .....	15
J. Qué hacer si recibe una factura directamente por servicios cubiertos por nuestro plan .....	15
J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan .....	16
K. Cobertura de servicios de atención médica cuando usted participa en un estudio de investigación clínica .....	16
K1. Definición de estudio de investigación clínica .....	16
K2. Pago de los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica .....	17
K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica .....	17
L. De qué manera se cubren los servicios de atención médica cuando está en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud .....	18
L1. Definición de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud .....	18
L2. Obtener atención de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud .....	18
M. Equipos médicos duraderos (DME) .....	19
M1. DME como miembro de nuestro plan .....	19
M2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage .....	19
M3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan .....	20
M4. Equipos de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage .....	20



---

## A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”

Los servicios son atención médica, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud conductual, medicamentos bajo receta y de venta libre, equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos son todos los servicios por los que paga nuestro plan. La atención médica y los servicios y apoyos a largo plazo cubiertos se enumeran en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4, Sección D, página 5.

Los proveedores son médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término proveedores también incluye hospitales, agencias de cuidado domiciliario, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, equipo médico y servicios y apoyos a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con nuestro plan de salud. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan a usted. Cuando utiliza un proveedor de la red, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos.

---

## B. Normas para obtener servicios de atención médica, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan

First Choice VIP Care Plus paga todos los servicios cubiertos por Medicare y Healthy Connections Medicaid. Esto incluye la salud conductual y LTSS.

En general, First Choice VIP Care Plus paga la atención médica y los servicios que usted recibe siempre que usted cumpla con las normas del plan. Estos son los requisitos para estar cubierto:

- La atención que recibe debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe estar incluida en el Cuadro de beneficios del plan (Este cuadro está en el Capítulo 4, Sección D, página 5 de este manual).
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Médicamente necesaria significa que los servicios deben ser razonables y necesarios:
  - Para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad o lesión; o
  - Para mejorar el funcionamiento de una parte corporal malformada; o
  - Cualquier otro servicio médicamente necesario bajo la ley de Medicare.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



- De acuerdo con las normas y reglamentos de Healthy Connections Medicaid, los servicios deben cumplir estos requisitos:
  - Ser esenciales para prevenir, diagnosticar, evitar el agravamiento, aliviar, corregir o curar afecciones médicas que ponen en riesgo la vida, causan sufrimiento o dolor, producen malformaciones o disfunciones físicas, pueden causar o agravar una discapacidad, o derivan en enfermedades o padecimientos;
  - Ser prestados en un centro médico apropiado con el nivel de atención adecuado para el tratamiento de su afección médica; **y**
  - Ser brindados de conformidad con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica.
- Debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que haya ordenado la atención o le haya dicho que use otro médico. Como miembro del plan, usted debe elegir a un proveedor de la red para que sea su PCP.
  - En la mayoría de los casos, *nuestro plan* debe darle su aprobación antes de que usted pueda ver a alguien que no sea su PCP o acudir a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina **referencia médica**. Si no obtiene aprobación, es posible que First Choice VIP Care Plus no cubra los servicios. No necesita una referencia médica para consultar ciertos especialistas, tales como especialistas en salud de la mujer. Para saber más sobre las referencias médicas, consulte la página 7.
  - Usted no necesita una referencia médica de su PCP en caso de atención médica de emergencia o atención urgente necesaria ni para visitar a un proveedor de salud para la mujer. Puede recibir otro tipo de atención sin contar con una referencia médica de su PCP. Para saber más al respecto, consulte la página 7.
  - Para saber más sobre la elección de un PCP, consulte la página 5.
- **Usted debe recibir atención de los proveedores de la red.** En general, el plan no cubrirá la atención de los proveedores que no trabajen con el plan de salud. Sin embargo, hay algunos casos en los que esta norma no se aplica:
  - El plan cubre atención de urgencias críticas o urgentemente necesaria de un proveedor fuera de la red. Para informarse más y saber qué significa atención de emergencia o de urgencia necesaria, consulte la Sección I, página 12.
  - Si necesita atención cubierta por nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden prestarla, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red. Deberá obtener autorización del plan antes de pedir la atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, cubriremos la atención como si la hubiera recibido



de un proveedor de la red. Para conocer más sobre obtener la aprobación para visitar a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D, página 5.

- El plan cubre servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es accesible por poco tiempo. Puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare. El costo compartido que paga por la diálisis no podrá exceder el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no podrá exceder lo que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para la diálisis no está disponible temporalmente y usted opta por recibir los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido por la diálisis podría ser mayor.
- Cuando se inscriba en el plan por primera vez, podrá seguir viendo los proveedores que visita ahora durante 180 días o hasta que haya completado su evaluación integral y acordado un plan de transición. Si necesita continuar tratándose con proveedores fuera de la red una vez transcurridos los primeros 180 días en nuestro plan, solo le cubriremos esa atención médica si el proveedor firma un acuerdo de cobertura especial con nosotros. Si usted está recibiendo tratamiento continuo por parte de un proveedor fuera de la red, y piensa que este puede necesitar un acuerdo de caso único para que lo siga tratando, llame a Servicios al Miembro al **1-888-978-0862 (TTY 711)**.

---

## C. Información sobre su coordinador de atención

### C1. Qué es un coordinador de atención

Su coordinador de atención médica es su referente en First Choice VIP Care Plus. Un coordinador de atención médica es un profesional sanitario compasivo con formación para ayudar a gestionar su cuidado. Los coordinadores realizarán las evaluaciones detalladas con usted que incluirán su historial médico, su lista de medicamentos, vacunas, pruebas sanitarias, entre otras. Su coordinador de atención lo llegará a conocer y trabajará con usted, sus médicos y otros cuidadores para asegurarse de que todo funcione bien para usted. Puede compartir su historia clínica con su coordinador de atención médica y establecer objetivos para llevar una vida saludable.

### C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención

Para contactar a su coordinador de cuidados, llame a Servicios al Miembro de First Choice VIP Care Plus al número que aparece al pie de la página.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



### **C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención**

Para cambiar de coordinador de cuidados, llame a Servicios al Miembro de First Choice VIP Care Plus al número que aparece al pie de la página.

---

## **D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red y proveedores fuera de la red**

### **D1. Atención de un proveedor de atención (PCP)**

Debe elegir un PCP que le brindará y administrará su atención médica.

#### **Definición de "PCP" y qué hace el PCP por usted**

Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico que cumple con los requisitos de Medicare y del estado, y que está capacitado para brindarle atención médica básica.

Existen diferentes clases de médicos que pueden ser PCP. Generalmente, los PCP se especializan en medicina familiar, medicina general o medicina interna. Puede tener a un especialista como su PCP. Un especialista puede actuar como su PCP siempre que realice funciones de PCP. Esto nos permitirá asignárselo y pagar sus reclamos de reembolso como un PCP. Si quiere que su especialista sea su PCP, llame a Servicios al Miembro para solicitarlo.

Las funciones del PCP:

- coordinar los servicios cubiertos.

Su PCP coordina los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan. Su PCP es parte de su equipo de atención. Su equipo de atención trabaja en conjunto para garantizar que su atención sea coordinada. Esto significa que su PCP debe conocer todos los medicamentos que usted toma para poder reducir cualquier efecto adverso. Su PCP siempre le pedirá permiso antes de compartir su información médica con otros proveedores.

- tomar decisiones sobre autorizaciones previas o cómo obtenerlas si corresponde.

Para algunos servicios, es posible que su PCP tenga que conseguir antes una aprobación de First Choice VIP Care Plus (esto se denomina "autorización previa"). En estos casos, su PCP deberá brindar información de su enfermedad y el plan de tratamiento propuesto para que First Choice VIP Care Plus determine si el servicio es médicamente necesario.

Cuándo una clínica puede ser mi proveedor de atención primaria (RHC/FQHC)

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



Puede elegir un proveedor en una clínica rural de salud (RHC) o un centro de salud federalmente calificado (FQHC) que esté en su red para que sea su proveedor de atención primaria.

### **Su elección de PCP**

Usted debe elegir al proveedor de atención primaria (PCP) que le resulte cómodo ver y tener para administrar todas sus necesidades de atención médica. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Si quiere ver los médicos disponibles como PCP, consulte nuestro directorio de proveedores impreso o en línea, o llame a Servicios al Miembro para confirmar que su médico sea parte de nuestra red. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece al pie de la página para elegir un PCP.

Si no elige un PCP dentro de los primeros noventa 90 días desde su inscripción, y First Choice VIP Care Plus intentó razonablemente ayudarlo pero sin éxito (por teléfono o por correo) en elegir un PCP, entonces First Choice VIP Care Plus le asignará uno y luego notificará a usted y al PCP de la designación. La designación del PCP no afectará de manera negativa ningún derecho de transición que usted tenga.

### **Opción para cambiar de PCP**

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP deje de formar parte de la red de nuestro plan. En ese caso, podemos ayudar a que encuentre un nuevo PCP.

Una vez que elija un nuevo PCP, el cambio llevará cinco días hábiles en aplicarse. Deberá contactarse con Servicios al Miembro para cambiar de PCP. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece al pie de la página. La llamada es gratuita.

### **Servicios que usted puede obtener sin la aprobación previa de su PCP**

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación de su PCP antes de visitar a otros proveedores. Esta aprobación se llama referencia médica. Puede recibir servicios como los que se mencionan a continuación sin la aprobación previa de su PCP:

- Servicios de urgencia de proveedores dentro o fuera de la red.
- Atención urgentemente necesaria de proveedores de la red.
- Atención urgente necesaria del proveedor fuera de la red cuando no puede acceder a los de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan o si necesita atención médica inmediata durante el fin de semana).

NOTA: Los servicios deben necesitarse de forma inmediata y ser médicamente necesarios.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



- Servicios de diálisis de riñón que realiza en un centro médico de diálisis certificado por Medicare cuando está fuera del área de servicio del plan. (llame a Servicios al Miembro antes de salir del área. Podemos ayudarlo a conseguir diálisis mientras esté fuera).
- Vacunas antigripales y la COVID-19, vacunas contra la Hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Atención médica de rutina para mujeres y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de los senos), citología vaginal y exámenes pélvicos siempre que los realice un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para los servicios de proveedores de salud indígena, puede visitar a estos proveedores sin una referencia médica.
- Exámenes preventivos de detección cubiertos por Medicare
- Servicios de educación para enfermedades renales
- Capacitación en autoadministración para la diabetes

## **D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red**

Un especialista es un médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Atención oncológica para pacientes con cáncer.
- Atención cardiológica para pacientes con enfermedades cardíacas.
- Atención ortopédica para pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

Cuando necesite atención de proveedores especialistas, incluidos los servicios de cuidado domiciliario y de la salud conductual, deberá coordinar la atención con su médico de atención primaria (PCP). Su PCP lo ayudará a seleccionar al proveedor de la red apropiado y completará cualquier requisito necesario por usted. Si tiene alguna duda o inquietud, llame a su coordinador de cuidados para pedir ayuda. Para algunos tipos de servicios, su PCP o especialista necesitará primero tener aprobación de nuestro plan antes de recibir cualquier servicio o medicamento. Esto se llama “autorización previa”. En estos casos, su PCP o especialista deberá brindar información sobre su enfermedad y el plan de tratamiento propuesto para que el departamento de Administración de la utilización pueda decidir si el servicio es médicamente necesario. Consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4, Sección D para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



La selección de un PCP no lo limita a ciertos especialistas u hospitales específicos. No tenemos subredes o círculos de referencia. Deberá ver especialistas que se encuentran en la red.

### D3. Qué hacer cuando un proveedor abandona nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red al que acude deje nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, tenemos la obligación de darle acceso continuo a proveedores calificados.
- Le notificaremos si su proveedor abandonara nuestro plan para que tenga tiempo para seleccionar un proveedor nuevo.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha acudido a ese proveedor en los últimos tres años.
  - Si cualquiera de sus otros proveedores abandonara nuestro plan, se lo notificaríamos si se le asignara el proveedor, recibiera atención de ellos en la actualidad, o hubiera acudido a ellos en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a elegir a un nuevo proveedor calificado de la red para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si en la actualidad está bajo tratamiento médico o terapia con su proveedor actual, tiene el derecho de pedir que el tratamiento o terapia médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Le proporcionaremos información sobre los distintos periodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que pudiera tener para cambiar de plan.
- Si no pudiéramos encontrar un especialista calificado en la red al que tuviera acceso, tendremos que ofrecerle un especialista de fuera de la red que le proporcione atención cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o no sea adecuado para dar respuesta a sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa.
- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior con uno calificado o que su atención no se administró de manera correcta, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, Sección E, página 10 para saber cómo presentar una apelación.

Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, llámenos para que podamos ayudar a que encuentre uno nuevo y a administrar su atención. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece al pie de la página. La llamada es gratuita.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.

#### D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

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

- El plan cubre la atención médica de urgencia o atención urgentemente necesaria prestada por un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber lo que significa atención de emergencia o urgente necesaria, consulte la Sección H de este capítulo.
- Servicios de diálisis renal en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Si usted necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no puedan brindar esta atención, usted podrá recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Para esto, se precisa autorización previa. Se solicitará a su PCP o especialista que brinde información sobre su afección y el plan de tratamiento propuesto para que el plan pueda determinar si el servicio es médicamente necesario. En esta situación, cubriremos esos servicios como si los hubiera recibido de un proveedor de la red.

El proveedor fuera de la red es responsable de obtener la autorización previa del plan. Para obtener la autorización previa, el proveedor fuera de la red deberá llamar al plan y brindar información sobre su enfermedad y el plan de tratamiento propuesto para que el plan pueda decidir si el servicio es médicamente necesario.

Si requiere atención por un especialista no disponible de un proveedor de la red, First Choice VIP Care Plus realizará los procedimientos necesarios para que se brinden esos servicios por un proveedor de fuera de la red. En tal caso, el plan negociará un acuerdo por un solo caso con un proveedor fuera de la red hasta que un proveedor de la red calificado esté disponible. Tenga en cuenta que un proveedor de fuera de la red no tiene la obligación de aceptar un acuerdo por un solo caso. First Choice VIP Care Plus no puede obligar a un proveedor de fuera de la red a facturar al plan en lugar de usted.

Si utiliza un proveedor de fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare y/o Healthy Connections Medicaid .

- No podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o Healthy Connections Medicaid.
- Si visita a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



---

## E. Cómo recibir servicios de salud conductual

Hay varias formas de encontrar a un proveedor de salud conductual. Puede llamar a Servicios al Miembro al número que aparece al pie de la página. La llamada es gratuita.

También puede comunicarse con su coordinador de atención o buscar un proveedor de salud conductual en el *Directorio de proveedores y farmacias*. El *Directorio de proveedores y farmacias* también se puede encontrar en línea en [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).

---

## F. Cómo recibir servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

El programa de apoyo y servicios a largo plazo (LTSS) le ayuda a cumplir sus necesidades diarias de asistencia y a mejorar su calidad de vida. El programa de LTSS puede ayudarle con las actividades diarias, como tomar un baño, vestirse y cocinar. La mayoría de estos servicios se presta en su hogar o en su comunidad, pero también pueden brindarse en un hogar de ancianos u hospital.

Los beneficios de LTSS se ofrecen para los inscritos a ciertos programas de exención dirigidos por la división de Atención comunitaria a largo plazo (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. Estas son las exenciones:

- Exención de Community Choices
- Exención de VIH/SIDA
- Exención de dependencia de ventilador mecánico

Los miembros con diferentes exenciones pueden recibir distintos tipos y cantidades de servicios de LTSS. Si considera que necesita LTSS, puede hablar con su coordinador de cuidados para saber cómo acceder a ellos y si puede obtener alguna de estas exenciones. Su coordinador de cuidados puede darle información sobre cómo pedir la exención que corresponda y todos los recursos disponibles para usted del plan.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre estos programas.

Si califica para una de las exenciones de CLTC, puede ser elegible para recibir ciertos LTSS a través de First Choice VIP Care Plus para ayudarlo hasta que los servicios de exención estén disponibles. Estos servicios incluyen cuidado personal y servicios de relevo.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).



---

## G. Cómo recibir atención autodirigida

### G1. ¿Qué es la atención autodirigida?

Los servicios de asistencia personal autodirigida son servicios de asistencia personal como los descritos anteriormente (ayuda para bañarse, vestirse, cocinar, realizar quehaceres simples) que son dirigidos por el miembro o un representante designado de este. Este método para recibir servicios de asistencia personal permite al miembro o representante de este brindar la dirección específica al proveedor sobre sus necesidades y preferencias. Este método garantiza que el servicio cumplirá con las necesidades del miembro.

### G2. Quién puede recibir atención autodirigida

Los servicios de atención personal autodirigida están disponibles para todos los miembros del plan inscritos en una de las tres exclusiones mencionadas en la Sección F. Su coordinador de atención médica puede ayudarle a utilizar este método autodirigido si estuviera interesado/a.

### G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores de cuidado personal (si corresponde)

Si necesita ayuda para encontrar o contratar proveedores de atención personal, llame a Servicios al Miembro al número que aparece al pie de la página.

---

## H. Cómo obtener servicios de transporte

Los servicios de transporte sin carácter de emergencia (NEMT) se prestan a través de Healthy Connections Medicaid como un beneficio de Medicaid con tarifa por servicio. First Choice VIP Care Plus coordinará su servicio NEMT. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece al pie de la página. La llamada es gratuita. También puede contactar a su coordinador de atención que le ayudará a coordinar su beneficio NEMT de Healthy Connections Medicaid.

---

## I. Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o necesita atención urgente, o ante un desastre

### I1. Atención en caso urgencia médica

#### Definición de urgencia médica

Una urgencia médica es una condición médica que se manifiesta por medio de síntomas tales como un dolor fuerte o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resulte en alguno de los siguientes:

- serios riesgos para la salud de la persona; o

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



- Daños graves a sus funciones físicas.
- disfunción grave de un órgano u otra parte del cuerpo.

### Qué hacer en caso de una urgencia médica

Si tiene una urgencia médica:

- **Pida ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de urgencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si es necesario. **No** es necesario obtener primero aprobación o referencia médica de su PCP. No tiene obligación de usar un proveedor de red. Puede obtener atención médica urgente siempre que la necesite en cualquier parte de EE. UU. o sus territorios de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan esté informado sobre su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención médica de emergencia. Usted u otra persona deben informarnos sobre su atención médica de emergencia, usualmente dentro de las 48 horas. Sin embargo, no deberá pagar por servicios de emergencia si se demoró en informarnos. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece en la parte inferior de la página.

### Servicios cubiertos en una urgencia médica

Medicare no brinda cobertura para atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Puede recibir atención de urgencia cubierta cuando la necesite en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Si necesita una ambulancia para ir a la sala de urgencias, nuestro plan la cubrirá. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 5.

Los proveedores que brinden la atención médica de emergencia decidirán cuándo su afección esté estable y haya terminado la emergencia médica. Seguirán tratándole y le contactarán para planificar si necesita un seguimiento médico para su mejora.

Nuestro plan cubre el seguimiento de su atención médica. Si recibe atención médica de urgencia de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se encarguen de su atención lo más pronto posible.

### Qué hacer si tiene una urgencia de salud conductual

- **Pida ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de urgencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si es necesario. Usted *no* necesita obtener primero la aprobación o referencia médica de su PCP.
- Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan esté informado sobre su emergencia. Necesitamos hacer un seguimiento de su atención médica de

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



emergencia. Usted o su coordinador de cuidados deberá llamar para hacernos saber de la atención médica de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Sin embargo, no deberá pagar por servicios de emergencia si se demoró en informarnos. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece al pie de la página. La llamada es gratuita.

### **Cómo recibir atención de emergencia si, después de todo, no era una emergencia**

A veces, puede ser difícil saber si tiene una urgencia médica o conductual. Puede ocurrir que vaya por atención médica de urgencia y que el médico diga que en realidad no existe tal urgencia médica. Siempre y cuando crea razonablemente que su salud estaba en peligro grave, nosotros cubriremos la atención.

Sin embargo, si el médico dice que no se trataba de *una urgencia*, cubriremos su atención adicional solo en alguna de estas situaciones:

- Visita a un proveedor de la red.
- La atención adicional que recibe se considera “atención urgentemente necesaria”, y cumple con las normas para este tipo de atención (Consulte la siguiente sección).

## **I2. Atención médica urgente**

### **Definición de atención urgentemente necesaria**

La atención de urgencia es el cuidado que recibe por una situación que no es una urgencia, pero que necesita atención inmediata. Por ejemplo, puede tener un brote de una enfermedad existente y necesita tratamiento o un dolor de garganta fuerte durante el fin de semana que debe tratar.

### **Atención urgentemente necesaria cuando está en el área de servicio del plan**

En la mayoría de los casos, cubriremos la atención urgentemente necesaria solo en estas situaciones:

- recibe la atención de un proveedor de la red, **y**
- sigue las demás normas descritas en este capítulo.

Sin embargo, si no puede o no es razonable acceder a un proveedor de la red, cubriremos la atención médica urgente que reciba de un proveedor de fuera de la red.

Si necesita atención urgente, pero no está seguro de si se trata de una urgencia, llame primero a su PCP. Si no puede comunicarse con su PCP, llame a la Línea de asesoramiento de enfermería al **1-855-843-1147 (TTY 711)**. Su PCP o la enfermera lo ayudarán a decidir si necesita ir al consultorio del PCP, a un centro de atención de urgencia cerca de usted o a la sala de emergencias.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



**Atención urgentemente necesaria cuando está fuera del área de servicio del plan**

Cuando esté fuera del área de servicio, tal vez no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención urgentemente necesaria que recibe de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre atención urgente necesaria ni ningún otro tipo de atención prestada fuera de los Estados Unidos.

**I3. Atención durante una catástrofe**

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o emergencia en su zona geográfica, usted tiene derecho a recibir asistencia de First Choice VIP Care Plus.

Visite nuestro sitio de Internet para obtener información sobre cómo recibir la asistencia necesaria durante una catástrofe declarada: [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).

Durante una catástrofe declarada, si no puede acceder a un proveedor de la red, permitiremos que reciba asistencia de un proveedor fuera de la red al monto del costo compartido dentro de la red. Si no puede acceder a una farmacia de la red durante una catástrofe declarada, podrá surtir sus medicamentos bajo receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para informarse más.

---

**J. Qué hacer si recibe una factura directamente por servicios cubiertos por nuestro plan****No pague directamente los servicios que cubre Healthy Connections Medicaid.**

Si un proveedor le envía una factura en vez de enviarla al plan, usted puede pedirnos que paguemos la factura.

Si le paga al proveedor, no podremos reembolsarle el monto, pero el proveedor podrá. Servicios al Miembro o el defensor de Healthy Connections Prime le ayudará a contactarse con el consultorio del proveedor. Consulte la parte inferior de la página y el Capítulo 2, Sección H, página 12 para conocer sus números de teléfono.

**Usted no debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que nuestro plan no pueda reembolsarle el pago.**

Si usted pagó más por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 2 para saber qué hacer.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).

## J1. Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

First Choice VIP Care Plus cubre todos los servicios:

- que son médicamente necesarios, **y**
- que se enumeran en Cuadro de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4), **y**
- que recibe al seguir las normas del plan.

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **deberá pagar el costo total por su cuenta.**

Si quiere saber si pagaremos por un servicio o la atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a pedirlo por escrito. Si le informamos que no pagaremos por sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9, Sección E, página 10 le explica qué hacer si quiere que el plan cubra un artículo o servicio médico. También le indica cómo apelar la decisión de cobertura del plan. También puede llamar a Servicios al Miembro para saber más sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos por algunos servicios hasta cierto límite. Si sobrepasa el límite, deberá pagar el costo total para recibir más de ese tipo de servicios. Llame a Servicios al Miembro para conocer los límites y saber cuánto le falta para alcanzarlos.

---

## K. Cobertura de servicios de atención médica cuando usted participa en un estudio de investigación clínica

### K1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare suele solicitar voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que usted quiere participar, una persona que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted. Esa persona le brindará información sobre el estudio y verificará si usted califica para participar. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con las condiciones necesarias. También debe comprender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras esté en el estudio, podrá seguir inscrito en nuestro plan. De esa forma, continúa recibiendo atención no relacionada con el estudio.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener aprobación de nosotros ni de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable y que incluyen, entre

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



otros, un ensayo o registro clínico para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacionales (NCDs) y los ensayos de dispositivos de investigación (IDE) y podrían estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

**Sin embargo, usted debe informarnos antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica.** Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de atención debe llamar a Servicios al Miembro para decirnos que formará parte de un ensayo clínico.

## **K2. Pago de los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica**

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no deberá pagar los servicios cubiertos bajo el estudio, sino que Medicare los pagará, así como también los costos de rutina asociados a su atención médica. Una vez que se suma a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cubierta la mayoría de los artículos y servicios que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- Habitación y comida durante la admisión hospitalaria que Medicare pagaría aunque no participara en un estudio.
- La operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación causados por la nueva atención.

Si participa en un estudio **no aprobado** por Medicare, deberá pagar todos los costos por estar en el estudio.

## **K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica**

Para obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica, lea “Medicare & Clinical Research Studies” en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



---

## **L. De qué manera se cubren los servicios de atención médica cuando está en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud**

### **L1. Definición de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud**

Una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud es un lugar que brinda la atención que normalmente recibiría en un hospital o un centro especializado de enfermería. Si recibir atención en un hospital o centro especializado de enfermería va en contra de sus creencias religiosas, cubriremos la atención en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud.

Este beneficio es solo para los servicios hospitalarios de la Parte A de Medicare (servicios no médicos del cuidado de la salud).

### **L2. Obtener atención de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud**

Para recibir atención de una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que diga que está en contra de recibir tratamientos médicos “no obligatorios”.

- El tratamiento médico “no obligatorio” es cualquier atención voluntaria y no requerida por las leyes federales, estatales o locales.
- El tratamiento médico “obligatorio” es cualquier atención no voluntaria y que es requerida por las leyes federales, estatales o locales.

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

- El centro que brinda atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan está limitada a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, se aplicará lo siguiente:
  - Debe tener una enfermedad que le permita recibir servicios cubiertos de atención en un hospital o centro especializado de enfermería.
  - Debe obtener la aprobación de nuestro plan antes de ser admitido en el centro médico; de lo contrario, su admisión no estará cubierta.
- Se aplican límites de Medicare para la cobertura de la internación hospitalaria. Consulte los servicios hospitalarios en el Cuadro de Beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 5.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



---

## M. Equipos médicos duraderos (DME)

### M1. DME como miembro de nuestro plan

Los DME incluyen algunos insumos adquiridos por el proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de cama eléctrica, insumos para la diabetes, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre será el propietario de ciertos insumos, como las prótesis.

En esta sección, hablaremos de los DME que debe alquilar. Por ser miembro de First Choice VIP Care, nuestro plan alquilará la mayoría del DME durante un máximo de 10 meses. En algunos casos, puede ser de hasta 13 meses. Luego del período de alquiler, nuestro plan le transferirá la propiedad del artículo DME y se considerará que usted lo ha comprado. Es posible que nuestro plan pague cuotas de mantenimiento. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

### M2. Propiedad del DME cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage

Si está alquilando DME, hay algunos aspectos adicionales que debe considerar si decide cambiar a un plan de Original Medicare o Medicare Advantage.

En el programa de Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser dueños luego de los 13 meses. En un plan de Medicare Advantage, el plan puede definir la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de que pasen a ser dueños.

**Nota:** Puede encontrar las definiciones de los Planes de Original Medicare y Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información en el Manual *Medicare y Usted 2024*. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Deberá realizar 13 pagos seguidos bajo Original Medicare, o la cantidad de pagos consecutivos definidos por el plan de Medicare Advantage, para ser dueño del DME si:

- no se convirtió en dueño del DME mientras estaba en nuestro plan, y
- deja nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Original Medicare o Medicare Advantage.

Si realizó pagos por el DME bajo Original Medicare o Medicare Advantage antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos efectuados a Original Medicare o Medicare Advantage no cuentan para los pagos que debe hacer luego de que abandona nuestro plan.**

- Deberá realizar 13 nuevos pagos seguidos bajo Original Medicare o la cantidad de pagos consecutivos definidos por el plan de Medicare Advantage para ser dueño del DME.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



- No hay excepciones a esta norma cuando usted vuelve al plan de Original Medicare o Medicare Advantage.

### **M3. Beneficios de equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan**

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno por parte de Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- alquiler de equipos de oxígeno.
- entrega de oxígeno y suministros de oxígeno.
- tubos y accesorios relacionados para la administración de oxígeno y suministros de oxígeno.
- mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

debe regresarle los equipos de oxígeno cuando ya no tenga la necesidad médica de usarlos o si abandona nuestro plan.

### **M4. Equipos de oxígeno cuando cambia a Original Medicare o Medicare Advantage**

Si tiene la necesidad médica de usar equipos de oxígeno y **abandona nuestro plan y se cambia a Original Medicare**, deberá alquilárselos a un proveedor por 36 meses. Los pagos mensuales del alquiler cubren los equipos de oxígeno y los suministros y servicios enumerados arriba.

Si todavía tiene la necesidad médica de usar equipos de oxígeno **después de haberlos alquilado durante 36 meses**:

- Su proveedor debe proporcionarle los equipos de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Su proveedor debe proporcionarle equipos de oxígeno y suministros por hasta 5 años si tiene la necesidad médica de usarlos.

Si todavía tiene la necesidad médica de usar equipos de oxígeno **al finalizar el periodo de 5 años**:

- Su proveedor ya no está obligado a proporcionarlos y usted puede optar por conseguir equipos de remplazo de parte de otro proveedor.
- Inicia un periodo nuevo de 5 años.
- Alquilará con otro proveedor por 36 meses.
- Su proveedor entonces debe proporcionarle los equipos de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Comienza un nuevo ciclo cada 5 años siempre y cuando siga teniendo la necesidad médica de usar equipos de oxígeno.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



Si tiene la necesidad médica de usar equipos de oxígeno y **abandona nuestro plan y se cambia a un plan de Medicare Advantage**, el plan cubrirá, al menos, lo que cubre Original Medicare. Puede preguntarle a su plan de Medicare Advantage qué equipos y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán los costos que le corresponderán a usted.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.

## Capítulo 4: Cuadro de beneficios

---

### Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre First Choice VIP Care Plus y las restricciones o límites de esos servicios. También menciona los beneficios que nuestro plan no cubre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

### Tabla de contenidos

A. Sus servicios cubiertos y gastos de bolsillo .....	2
A1. Durante emergencias de salud pública.....	2
B. Normas contra proveedores que le cobran servicios .....	2
C. El Cuadro de beneficios de nuestro plan .....	3
D. Cuadro de beneficios .....	5
E. Servicios de exención operados por la Atención comunitaria a largo plazo (CLTC) que paga nuestro plan.....	59
F. Beneficios cubiertos fuera de First Choice VIP Care Plus .....	63
F1. Atención para enfermos terminales .....	63
F2. Servicios dentales .....	64
F3. Transporte médico que no sea de urgencia.....	64
G. Beneficios no cubiertos por First Choice VIP Care Plus, Medicare o Healthy Connections Medicaid .....	64



---

## A. Sus servicios cubiertos y gastos de bolsillo

Este capítulo explica qué servicios paga First Choice VIP Care Plus. También puede conocer qué servicios no están cubiertos. La información sobre los beneficios de farmacia está en el Capítulo 5, Sección B, página 9. En este capítulo también se explican los límites que tienen algunos servicios.

Debido a que recibe asistencia de Healthy Connections Medicaid, no paga nada por los servicios cubiertos siempre que siga las reglas del plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles sobre las normas del plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro al número que se encuentra al pie de la página.

### A1. Durante emergencias de salud pública

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos, declara un estado de catástrofe o emergencia en su zona geográfica, usted tiene derecho a recibir asistencia de su plan.

Consulte nuestro sitio web: [www.keystonefirstvipchoice.com](http://www.keystonefirstvipchoice.com) para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

Generalmente, si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con los costos compartidos dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, posiblemente pueda surtir sus medicamentos bajo receta en una farmacia fuera de la red. Cuando el gobierno declara un desastre federal o estado de emergencia, permitimos acceder a servicios fuera de la red para evitar que los centros médicos interrumpan el servicio.

Para obtener más información sobre la cobertura y los reembolsos, llame a Servicios al Miembro al **1-888-978-0862 (TTY 711)**. La cobertura y el reembolso podría cambiar o detenerse dependiendo de la situación de la emergencia de salud pública.

---

## B. Normas contra proveedores que le cobran servicios

No permitimos que los proveedores de First Choice VIP Care Plus le cobren por servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cobro del proveedor. Esto se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio.

Usted nunca debe recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto pasa, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 2 o llame a Servicios al Miembro.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).



---

## C. El Cuadro de beneficios de nuestro plan

El Cuadro de beneficios en la Sección D indica los servicios que cubre el plan. Enumera las categorías de servicios por orden alfabético y explica los servicios que están cubiertos.

**Pagaremos los servicios indicados en el Cuadro de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes normas.** No paga nada por los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Healthy Connections Medicaid deben brindarse según las normas establecidas por Medicare y Healthy Connections Medicaid.
- Los servicios (lo que incluye atención médica, servicios, insumos, equipo y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesarios se refiere a los servicios que son razonables y necesarios para diagnosticar o tratar su enfermedad o lesión, para mejorar el funcionamiento de alguna parte del cuerpo malformada o que de alguna otra manera sean médicamente necesarios según la ley de Medicare. Según la ley y los reglamentos de Healthy Connections Medicaid, los servicios deben servir para evitar, diagnosticar o tratar una enfermedad o para mantener su estado actual de salud. Esto incluye la atención que le impide ingresar a un hospital o asilo de ancianos. También significa que los servicios, insumos o medicamentos cumplen con las normas aceptadas de práctica médica. Los servicios también se deben brindarse en un centro médico adecuado para su condición y cumplir con las normas de atención médica generalmente aceptadas.
- Usted recibe la atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, el plan no pagará la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, Sección D, página 6 hay más información sobre cómo usar los proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que le brinda y está a cargo de la atención de su salud. En la mayoría de los casos, su PCP deberá darle aprobación antes de que usted pueda ver a alguien que no es su PCP u otros proveedores de la red del plan. Esto se llama referencia médica. En el Capítulo 3, Sección D, página 6 hay más información sobre cómo obtener una referencia médica y explica cuándo no es necesaria una referencia médica.
- Cuando se inscribe en el plan por primera vez, puede continuar viendo a sus proveedores actuales durante 180 días o hasta que hayamos completado su evaluación integral y creado un plan de transición con el que esté de acuerdo. Si necesita continuar tratándose con proveedores fuera de la red una vez transcurridos los primeros 180 días en nuestro plan, solo le cubriremos esa atención médica si el proveedor firma un acuerdo de cobertura especial con nosotros. Un acuerdo por un solo caso es una excepción para tratar al proveedor como uno de la red. Si usted está recibiendo tratamiento continuo por parte de un proveedor de fuera de la red, y

---

**Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al 1-888-978-0862 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).**



piensa que este puede necesitar un acuerdo de cobertura especial para seguir atendiéndolo, llame a Servicios al Miembro al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red recibe primero nuestra aprobación. Esto se llama autorización previa. Los servicios cubiertos que necesitan primero una autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios con un asterisco (\*).
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana 🍏 al lado de los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios.



## D. Cuadro de beneficios

Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p><b>Examen de aneurisma de la aorta abdominal</b></p> <p>Un examen único de ultrasonido para personas en riesgo. El plan sólo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una referencia médica de su médico, auxiliar médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica.</p>	\$0
<p><b>Acupuntura para dolor lumbar crónico</b></p> <p>El plan pagará hasta 12 visitas en 90 días si tiene dolor crónico de espalda baja, definido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• que dura 12 semanas o más;</li> <li>• no específico (que no tenga una causa sistémica que pueda ser identificada, como por ejemplo que no esté asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias o infecciosas); <b>y</b></li> <li>• no asociado con una cirugía.</li> </ul> <p>El plan pagará por 8 sesiones adicionales si muestra mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura cada año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura deben ser suspendidos si no mejora o si empeora.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p><b>Detección y asesoramiento por abuso de alcohol</b></p> <p>El plan pagará un examen de detección de abuso de alcohol en adultos que consumen alcohol en exceso pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado del examen por abuso de alcohol es positivo, podrá recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento, en persona, una vez al año (si usted está dispuesto y atento durante las sesiones) con un proveedor de atención primaria calificado o un profesional médico en un entorno de atención primaria.</p> <p>También puede recibir servicios de rehabilitación y recuperación enfocados en habilidades de afrontamiento que le ayudarán a manejar sus síntomas y conductas. Estos servicios pueden darse en entornos individuales o grupales.</p>	\$0
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o de no emergencia, incluye aviones, helicópteros y servicios de ambulancia terrestres. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano donde puedan darle atención.</p> <p>Su afección médica debe ser tan grave que, de llevarlo a algún lugar por otros medios, podría estar en riesgo su vida o su salud. El plan deberá aprobar los servicios de ambulancia para otros casos.</p> <p>Para los casos que no sean urgencias, es posible que el plan pague por el servicio de una ambulancia. Su afección médica debe ser tan grave que, de llevarlo a algún lugar por otros medios, podría estar en riesgo su vida o su salud.</p> <p><b><u>No</u> se requiere autorización previa para servicios de ambulancia de emergencia.</b></p> <p><b><u>No</u> se requiere autorización previa para servicios de ambulancia entre centros médicos para pacientes agudos y subagudos.</b></p> <p><b><u>*Se</u> requiere autorización previa para todas las demás solicitudes de ambulancia.</b></p>	\$0*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p><b>Visita anual de rutina</b></p> <p>Si ha estado inscrito en la Parte B de Medicare por más de 12 meses, podrá recibir un chequeo médico anual. Este chequeo tiene como fin actualizar o desarrollar un plan preventivo según sus factores de riesgo actuales. El plan pagará este chequeo una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Nota:</b> No podrá recibir su primer chequeo médico anual dentro de un período de 12 meses desde la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”. Sus chequeos médicos anuales estarán cubiertos después de haber estado en la Parte B durante 12 meses. No será necesario que tenga primero su visita de “Bienvenido a Medicare”.</p>	\$0
	<p><b>Dispositivos sanitarios de seguridad</b></p> <p>Los dispositivos de seguridad de los baños son un beneficio de exención de HCBS designado. First Choice VIP Care Plus puede brindar dispositivos sanitarios de seguridad a los miembros que actualmente no están inscritos en una exención pero que demuestran la necesidad. Los coordinadores de cuidados deben autorizar estos servicios para los miembros que cumplan con los criterios.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Servicios de salud conductual</b></p> <p>Servicios de rehabilitación de la salud del comportamiento (RBHS). Los servicios incluyen: Servicios de evaluación, desarrollo del plan de servicio, servicios de terapia, asesoramiento para el abuso de sustancias tóxicas, administración de crisis, administración de medicación y servicios de apoyo comunitario.</p> <p>Los servicios de apoyo comunitario consisten en servicios de rehabilitación psicosocial (RPS), modificación de la conducta, apoyo familiar, servicios de apoyo entre compañeros, evaluaciones psicológicas, servicios terapéuticos de psicoterapia, servicios de psicoterapia adicionales, evaluaciones de capacidad cognitiva, inyecciones, evaluación y administración (E&amp;M) de pacientes nuevos, evaluación y administración (E&amp;M) de pacientes establecidos, consultas, conferencia interdisciplinaria, servicios de asesoramiento, modificaciones en el factor de riesgo y cambio de la conducta, servicios de laboratorio, servicios de tratamiento para el abuso de alcohol y sustancias tóxicas, inyectables, servicios comunitarios y de integración (CIS), codificación nacional temporal y servicios de enfermería registrada (RN).</p> <p>Los servicios de rehabilitación se proporcionan o dirigen exclusivamente al tratamiento de la persona que cumple con los requisitos de Medicaid con el objetivo de mejorar las discapacidades, aumentar la capacidad de la persona de funcionar independientemente y restaurar el funcionamiento al máximo mediante el uso de servicios de diagnóstico y restauración.</p>	\$0
<p> <b>Medición de la masa ósea</b></p> <p>El plan pagará por ciertos procedimientos para los miembros que cumplan con los requisitos (normalmente, personas con riesgo de perder masa ósea o riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran si hay pérdida ósea o determinan la calidad de los huesos.</p> <p>El plan pagará por los servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. El plan también pagará por un médico que estudie y comente los resultados.</p>	\$0



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>		<b>Lo que usted debe pagar</b>
	<p><b>Pruebas de detección para el cáncer de seno (mamografías)</b></p> <p>El plan pagará los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una mamografía cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más</li> <li>• exámenes médicos de senos una vez cada 24 meses</li> </ul>	\$0
	<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</b></p> <p>El plan pagará los servicios de rehabilitación del corazón, como ejercicios físicos, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones con un orden de un médico.</p> <p>El plan cubre también programas de rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los normales.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*
	<p><b>Visita para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades del corazón)</b></p> <p>El plan paga una visita al año a su proveedor de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades del corazón. Durante esta visita, su médico puede hacer esto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hablarle sobre el uso de la aspirina,</li> <li>• revisar su presión arterial, o</li> <li>• darle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien.</li> </ul>	\$0
	<p><b>Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (corazón)</b></p> <p>El plan paga por análisis de sangre cada cinco años (60 meses) para saber si tiene una enfermedad cardiovascular. Estos análisis de sangre también detectan defectos por un alto riesgo de enfermedades cardíacas.</p>	\$0

**Si tiene alguna pregunta,** llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>		<b>Lo que usted debe pagar</b>
	<p><b>Pruebas de detección para el cáncer de cuello uterino y vaginal</b></p> <p>El plan pagará los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• para todas las mujeres: Citologías vaginales y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses</li> <li>• para las mujeres en alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal: citología vaginal cada 12 meses</li> </ul>	\$0
	<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>El plan pagará los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación</li> <li>• otros servicios quiroprácticos médicamente necesarios. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Para cubrir otros servicios quiroprácticos, usted debe tener un problema de salud importante que consista en una condición neuromuscular.</li> </ul> </li> </ul> <p>No están cubiertos los servicios quiroprácticos para enfermedades no relacionadas directamente con la columna vertebral, como artritis reumatoide, distrofia muscular, esclerosis múltiple (MS), neumonía y enfisema.</p>	\$0



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p><b>Pruebas de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>El plan pagará los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La colonoscopia no tiene limitaciones de edad mínimas ni máximas y tiene una cobertura de una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no son de alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible para pacientes que no corren un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo, después de un examen de colonoscopia o enema de bario previos.</li> <li>• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no corren un alto riesgo después de que al paciente le hayan realizado un examen de colonoscopia. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.</li> <li>• Examen de sangre oculta en heces fecales para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.</li> <li>• Prueba multidiaria de ADN en heces para pacientes de 45 a 85 años de edad y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.</li> <li>• Prueba de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.</li> <li>• Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último examen de enema de bario o el último examen de colonoscopia.</li> <li>• El enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no son de alto riesgo de 45 años o más. Una vez a los 48 meses al menos tras el último examen de enema de bario o sigmoidoscopia flexible. Para las personas con un alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan pagará un examen de colonoscopia (o examen de enema de bario) cada 24 meses.</li> </ul> <p>Los exámenes de cáncer colorrectal incluyen un examen de colonoscopia de seguimiento después de que un examen de cáncer colorrectal en heces fecales no invasivo produce un resultado positivo.</p>	<p>\$0</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios de acompañante</b></p> <p>Los servicios de acompañante se ofrecen como un beneficio flexible a miembros que no están inscritos en una exención, pero que demuestran la necesidad de estos servicios durante un tiempo determinado. Estos beneficios se ofrecen para prevenir o retrasar el traslado a un hospital o un hogar de ancianos a largo plazo. Los coordinadores de cuidados deben autorizar estos servicios para los miembros que cumplan con los criterios.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*
<p> <b>Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco</b></p> <p>Si consume tabaco, pero no tiene señales o síntomas de tener una enfermedad relacionada con el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan le pagará dos sesiones de asesoramiento en un período de 12 meses para que deje de fumar como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito. Cada sesión de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas en persona.</li> </ul> <p>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan le pagará dos sesiones de asesoramiento en un período de 12 meses para que deje de consumir tabaco. Cada sesión de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas en persona.</li> </ul>	\$0



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>First Choice VIP Care Plus pagará por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• procedimientos médicos de emergencia realizados por cirujanos orales.</li> <li>• procedimientos dentales relativos a lo siguiente:</li> <li>• trasplantes de órganos</li> <li>• oncología</li> <li>• radiación de la cabeza o el cuello como tratamiento contra el cáncer</li> <li>• quimioterapia para tratamiento contra el cáncer</li> <li>• reemplazo total de articulaciones</li> <li>• reemplazo de válvula cardíaca</li> <li>• tratamiento de traumatismo realizado en un hospital o centro quirúrgico para pacientes ambulatorios</li> </ul> <p>Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de una afección médica principal. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas con anterioridad a un tratamiento de radiación para el cáncer que implique la mandíbula, u exámenes orales anteriores al trasplante de riñones.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*
<p> <b>Examen para la detección de la depresión.</b></p> <p>El plan pagará un examen para detectar la depresión cada año. Las pruebas se deben hacer en un ámbito de atención primaria donde usted pueda recibir tratamiento de seguimiento y referencias médicas.</p>	\$0



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p><b>Prueba de detección de la diabetes</b></p> <p>El plan pagará esta prueba (que incluye las pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• presión arterial alta (hipertensión)</li> <li>• antecedentes de niveles de colesterol y triglicéridos anormales (dislipidemia)</li> <li>• obesidad</li> <li>• antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa)</li> </ul> <p>En algunos casos, estas pruebas se pueden cubrir, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de las pruebas, es posible que usted cumpla con los requisitos para recibir hasta dos exámenes cada 12 meses para el control de la diabetes.</p>	\$0



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> <b>Capacitación en autoadministración, servicios e insumos para la diabetes</b></p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes (incluso si no usan insulina):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insumos para controlar los niveles de glucosa en sangre, lo que incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un monitor de glucosa en sangre</li> <li>○ tiras reactivas para controlar la glucosa en sangre</li> <li>○ lancetas y dispositivos para lancetas</li> <li>○ preparados (soluciones) para el control de la glucosa para comprobar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores.</li> </ul> </li> <li>• Para las personas con diabetes que tengan pie diabético grave, el plan pagará lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (plantillas incluidas) y dos pares adicionales de plantillas por año calendario, ○</li> <li>○ un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas por año (no incluye plantillas removibles que no estén hechas a medida ofrecidas con estos zapatos)</li> </ul> </li> </ul> <p>El plan también pagará la adaptación de zapatos terapéuticos hechos a medida o de profundidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En algunos casos, el plan cubrirá la capacitación para ayudarlo a controlar la diabetes. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted cumple con los requisitos para los servicios de control de la diabetes si su proveedor determina que esto lo ayudará.</li> <li>○ Tiene un límite de 10 horas de educación sobre la diabetes en su vida.</li> </ul> </li> <li>• Monitores de glucosa en sangre continuos y sus insumos complementarios</li> </ul> <p><i>*Se requiere autorización previa para insumos para la diabetes de marcas no preferidas.</i></p> <p><i>*Se requiere autorización previa para marcas preferidas y no preferidas de monitores de glucosa en sangre continuos y sus insumos complementarios.</i></p>	<p>\$0*</p>



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados</b></p> <p>(Para obtener una definición de “equipo médico duradero (DME)”, consulte el Capítulo 12 de este manual.)</p> <p>Los siguientes artículos están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sillas de rueda</li> <li>• muletas</li> <li>• sistemas de cama eléctrica</li> <li>• insumos para diabéticos</li> <li>• camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar</li> <li>• bombas de infusión intravenosa (IV)</li> <li>• dispositivos para el habla</li> <li>• equipos de oxígeno e insumos</li> <li>• nebulizadores</li> <li>• andadores</li> </ul> <p>Otros artículos podrían estar cubiertos.</p> <p>Pagaremos todo DME médicamente necesario que Medicare y Healthy Connections Medicaid paguen normalmente. Si nuestro proveedor en su área no tiene alguna marca o fabricante en particular, podrá pedirles que le hagan un pedido especial.</p> <p>Los bastones blancos para ciegos no tienen cobertura.</p> <p>Por ser miembro de First Choice VIP Care, nuestro plan alquilará la mayoría del DME durante un máximo de 10 meses. En algunos casos, puede ser de hasta 13 meses. Luego del período de alquiler, nuestro plan le transferirá la propiedad del artículo DME y se considerará que usted lo ha comprado. Es posible que nuestro plan pague cuotas de mantenimiento.</p> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p>El copago es de \$0 por el equipo médico duradero cubierto por Medicare. El copago es de \$3.40 por el equipo médico duradero cubierto solo por Medicaid de Healthy Connections.*</p>



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados (continuación)</b></p> <p><i>*Se requiere autorización previa para todos los artículos DME cubiertos de Medicare y Healthy Connection Medicaid.</i></p> <p><i>Sin embargo, los gestores de casos para exención CLTC podrían autorizar equipo médico duradero a los participantes que tienen beneficios con exención.</i></p>	
<p><b>Atención médica de emergencia</b></p> <p>"Atención médica de urgencia" significa que los servicios son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ofrecidos por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia, <b>y</b></li> <li>• necesarios para tratar una urgencia médica.</li> </ul> <p>Una urgencia médica es una condición médica acompañada por un dolor severo o una lesión grave. Esta condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que provoque:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• serios riesgos para la salud de la persona; <b>o</b></li> <li>• Daños graves a sus funciones físicas; <b>o</b></li> <li>• disfunción grave de un órgano u otra parte del cuerpo.</li> </ul> <p>Los servicios médicos de emergencia solo se cubren cuando los recibe dentro de los EE. UU.</p>	<p>\$0</p> <p>Si recibe atención médica de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención médica hospitalaria después de que su emergencia ha sido estabilizada, deberá regresar a un hospital de la red para que sigamos pagando por su atención. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir atención médica hospitalaria solo si el plan aprueba su admisión.</p>



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Servicios de planificación familiar</b></p> <p>La ley permite que usted elija a cualquier proveedor, ya sea de la red o de fuera de la red, para recibir ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.</p> <p>El plan pagará los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• examen y tratamiento médico de planificación familiar</li> <li>• exámenes de laboratorio y pruebas de diagnóstico para la planificación familiar</li> <li>• métodos para la planificación familiar</li> <li>• insumos de planificación familiar con receta médica (condones)</li> <li>• asesoramiento y exámenes por infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH</li> <li>• tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)</li> <li>• esterilización voluntaria (debe tener al menos 21 años de edad y firmar un formulario de consentimiento de esterilización federal. Un mínimo de 30 días y un máximo de 180 deberán transcurrir entre la fecha en que firmó el formulario y la fecha de la cirugía).</li> </ul> <p>El plan pagará también algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe usar un proveedor de la red del plan para recibir los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tratamiento para condiciones médicas de infertilidad</li> <li>• tratamiento del SIDA y otras afecciones médicas relacionadas con el VIH</li> <li>• pruebas genéticas</li> </ul>	\$0
<p><b>Beneficio de la salud física (fitness)</b></p> <p>SilverSneakers® es un beneficio de salud física gratuito que incluye el acceso a los centros de actividad física, recursos de bienestar en Internet y clases de Silver Sneakers.</p>	\$0

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p><b>Programas de educación para la salud y el bienestar</b></p> <p>El plan tiene una variedad de programas de actividades educativas de salud y bienestar para los miembros, sus familiares y otros cuidadores informales. Estos son algunos ejemplos de los temas que podrían tratarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• autoadministración de condiciones crónicas</li> <li>• cómo dejar de fumar</li> <li>• prevención de caídas</li> <li>• apoyo a cuidadores</li> <li>• nutrición</li> <li>• abuso del alcohol y sustancias tóxicas</li> <li>• administración de sus medicamentos</li> <li>• ejercicios físicos</li> <li>• planificación de enfermedades</li> <li>• preparación para emergencias</li> </ul> <p>Los servicios de cuidado preventivo para mejorar la atención primaria (PSPCE) ayudan a evitar enfermedades, discapacidades y otras afecciones de salud. Estos servicios también pueden retrasar enfermedades, ayudar a los miembros a vivir más e incentivar la salud física y mental. Los PSPCE alientan a los miembros a consultar a sus proveedores de atención primaria para tener resultados positivos de salud.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para la mejora de la atención primaria (RSPCE) ayudan a reducir la discapacidad física y mental, y a que los miembros se manejen de la mejor manera posible.</p> <p>La evaluación de necesidades y el plan de intervención de caso es un examen para saber si un miembro resulta adecuado para un programa, proyecto o protocolo de tratamiento.</p>	<p>\$0</p>



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Servicios para la audición</b></p> <p>El plan paga las pruebas de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas indican si necesita tratamiento médico. Se cubren como atención médica ambulatoria si las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p><b>Servicios de audición de rutina: debe consultar a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio.</b></p> <p>Si usted tiene un implante coclear o un dispositivo de audición insertado quirúrgicamente, el plan pagará las piezas de reemplazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por hasta un examen de la audición de rutina cada año</li> <li>• Asignación de \$1,500 para el costo de un audífono no implantable cada tres años para ambos oídos combinados</li> </ul> <p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por hasta 3 ajustes de audífonos cada tres años: Durante los primeros 12 meses después de la compra de un audífono de la marca TruHearing, el plan cubrirá un número limitado de visitas de seguimiento para la adaptación y los ajustes. El beneficio no se aplica a ninguna otra marca de audífonos.</li> <li>• \$0 por 80 baterías por audífono para modelos no recargables</li> <li>• Período de prueba de 60 días Los períodos de prueba de 60 días le permiten al miembro probar los audífonos durante el tiempo asignado. Si, por cualquier motivo, el miembro desea devolver o cambiar los audífonos durante ese tiempo, puede hacerlo sin cargo adicional. Si cambian los audífonos por un estilo diferente, el período de prueba comenzará de nuevo cuando reciban los nuevos audífonos.</li> </ul> <p>El beneficio <b>no</b> incluye ni cubre ninguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moldes de oído</li> <li>• Accesorios para audífonos</li> <li>• Visitas a proveedores adicionales</li> <li>• Baterías adicionales</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p>\$0</p>



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p><b>Servicios de audición (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos que no se encuentran en el catálogo de TruHearing correspondiente</li> <li>• Costos asociados con reclamos de garantía por pérdida y daño</li> <li>• Los costos asociados a los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.</li> </ul>	
	<p><b>Prueba de detección del VIH</b></p> <p>El plan paga por una prueba de detección del VIH cada 12 meses a las siguientes personas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• quienes soliciten una prueba de VIH, o</li> <li>• quienes tengan un alto riesgo de infección con VIH.</li> </ul> <p>Los miembros con VIH o SIDA pueden recibir servicios adicionales si se unen a uno de los programas de exención de Atención comunitaria a largo plazo (CLTC). Consulte la Sección E, página 59, para obtener más información sobre los servicios para los miembros que califican.</p>	\$0



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Agencia para el cuidado médico domiciliario</b></p> <p>Antes de que pueda recibir los servicios médicos en el hogar, un médico debe decirnos que los necesita, y una agencia para el cuidado médico domiciliario debe prestar estos servicios.</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de jornada parcial o intermitentes de enfermería especializada y de asistente para la salud en el hogar (para que los servicios de enfermería especializada y de asistencia médica estén cubiertos según el beneficio de atención médica en el hogar, el tiempo total combinado debe ser de menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana).</li> <li>• fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.</li> <li>• servicios médicos y sociales</li> <li>• equipos e insumos médicos (incluidos, entre otros, insumos para la incontinencia)</li> </ul> <p>Servicios de cuidado personal: Los servicios de asistencia médica domiciliaria son de cuidado personal, tienen una orientación médica e incluyen asistencia en las actividades de la vida diaria y la conservación de las habilidades de autoayuda, por ejemplo, ayudando a bañarse, ayudando con los ejercicios prescritos o ayudando en la deambulacion. Estos servicios deben ser recetados por un médico de acuerdo con un plan de atención y supervisados por una enfermera titulada.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia médica para Servicios de cuidado personal.</i></p>	<p>El copago es de \$0 por servicios médicos en el hogar cubiertos por Medicare. El copago es \$ 3.30 por servicios médicos personales cubiertos solo por Medicaid de Healthy Connections.*</p>



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Terapia intravenosa a domicilio</b></p> <p>El plan pagará por terapias intravenosas, que se definen como la administración de medicamentos o sustancias biológicas a través de las venas y bajo la piel en su hogar. Se necesita lo siguiente para llevar a cabo la terapia intravenosa en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina;</li> <li>• Equipos, como una bomba; <b>y</b></li> <li>• Suministros, como vías o un catéter.</li> </ul> <p>El plan cubrirá servicios de terapia intravenosa a domicilio que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios profesionales, que incluyen servicios de enfermería, prestados de acuerdo con su plan de atención;</li> <li>• Capacitación y educación del miembro si ya no vienen incluidas en el beneficio de DME;</li> <li>• monitoreo remoto; <b>y</b></li> <li>• Servicios de control para el suministro de terapia intravenosa en el hogar y medicamentos intravenosos en el hogar provistos por un proveedor de terapia intravenosa en el hogar calificado.</li> </ul> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>\$0*</p>



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Atención para enfermos terminales</b></p> <p>Tiene derecho a elegir atención para enfermos terminales si su proveedor y el director de atención para enfermos terminales determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y su expectativa de vida es de seis meses o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar un programa de atención a enfermos terminales certificado por Medicare. Su médico de atención para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o de fuera de la red.</p> <p>El plan pagará lo siguiente mientras esté recibiendo los servicios de atención para enfermos terminales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicamentos para tratar los síntomas y el dolor</li> <li>• atención de relevo a corto plazo</li> <li>• cuidado domiciliario</li> </ul> <p><b>Los servicios de atención para enfermos terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare se facturan a Medicare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulte la Sección G de este capítulo para obtener más información.</li> </ul> <p><b>Para los servicios cubiertos por First Choice VIP Care Plus, pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• First Choice VIP Care Plus pagará los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, incluso si no se relacionan con su pronóstico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios.</li> </ul> <p><b>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de First Choice VIP Care Plus:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los medicamentos nunca son cubiertos por el plan de atención para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para más información, consulte el Capítulo 5, Sección F, página 18.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p>\$0</p> <p>Cuando está en un programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare, Medicare paga los servicios de atención para enfermos terminales y los servicios de las Partes A y B de Medicare relacionados con su enfermedad terminal. First Choice VIP Care Plus no paga por sus servicios.</p>



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención para enfermos terminales (continuación)</b></p> <p><b>Nota:</b> Si necesita atención que no sea para enfermos terminales, deberá llamar a su coordinador de cuidados para pedir ese servicio. La atención que no es para enfermos terminales es la que no está relacionada con su pronóstico terminal. Llame a First Choice VIP Care Plus al número que aparece al pie de la página para ponerse en contacto con su coordinador de atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuestro plan cubre servicios de consultas de atención para enfermos terminales (por única vez) para una persona que no ha optado por el beneficio de atención para enfermos terminales.</li> </ul>	
<p> <b>Vacunas</b></p> <p>El plan pagará los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vacuna contra la neumonía</li> <li>• vacunas contra la gripe, una vez al año en el otoño o el invierno, con inyecciones adicionales si es médicamente necesario</li> <li>• vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo elevado o intermedio de contraer la enfermedad</li> <li>• vacuna contra el COVID-19</li> <li>• otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las normas de cobertura de Medicare Parte B</li> </ul> <p>El plan pagará otras vacunas que cumplan con las normas de cobertura de la Parte D de Medicare o Healthy Connections Medicaid. Consulte el Capítulo 6, Sección D, página 8, para informarse más.</p>	\$0



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Insumos para la incontinencia</b></p> <p>El plan pagará por los insumos para la incontinencia si el médico considera que usted los necesita. Las cantidades y frecuencias de los insumos están determinadas por su nivel de incontinencia.</p> <p>Se limita a 1 caja de insumos de incontinencia por mes.</p> <p>Es posible que First Choice VIP Care Plus autorice insumos de incontinencia por mayor cantidad según la necesidad médica.</p> <p>Insumos para la incontinencia: La autorización de pañales/"braga pañales" y compresas para adultos (de 21 años o más) debe basarse en la frecuencia.</p> <p>Para conocer cómo clasificamos ocasional, frecuente e incontinencia total, póngase en contacto con su coordinador de atención médica.</p> <p>*Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0*</p>



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Terapia de infusión</b></p> <p>El plan cubre bombas de infusión (y algunos medicamentos usados con las bombas de infusión) recetadas por un médico para uso en el hogar.</p> <p>Si no quiere recibir terapia de infusión en el consultorio del médico o en el hospital, puede usar un centro de infusión. Consulte <i>el Directorio de proveedores y farmacias</i> para tener una lista de los centros de infusión. Usted puede obtener estos servicios en un centro de infusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• quimioterapia</li> <li>• hidratación</li> <li>• inmunoglobulina intravenosa (IGIV)</li> <li>• sangre y derivados</li> <li>• antibióticos</li> <li>• punciones intervertebrales o lumbares</li> <li>• inhalación</li> <li>• flebotomía terapéutica</li> </ul> <p>Un médico estará presente en el centro de infusión en caso de que haya alguna emergencia médica.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*
<p><b>Evaluación de seguridad en el hogar</b></p> <p>Una evaluación de seguridad en el hogar se incluye en la evaluación integral.</p>	\$0



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Atención médica hospitalaria</b></p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).</li> <li>• comidas, incluso dietas especiales.</li> <li>• servicios de enfermería habituales</li> <li>• costos de unidades de cuidado especial como terapia intensiva o unidad coronaria.</li> <li>• fármacos y medicamentos.</li> <li>• análisis de laboratorio</li> <li>• radiografías y otros servicios de radiología</li> <li>• insumos médicos y quirúrgicos que sean necesarios</li> <li>• aparatos, como sillas de ruedas</li> <li>• servicios de sala de operaciones y de recuperación</li> <li>• fisioterapia, terapia ocupacional y del habla</li> <li>• servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias tóxicas</li> <li>• sangre, incluido su almacenamiento y administración</li> <li>• servicios de médicos</li> <li>• En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre y trasplantes intestinales y multiviscerales.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p><b>\$0*</b></p> <p>Deberá obtener aprobación del plan para seguir recibiendo atención médica hospitalaria en un hospital fuera de la red una vez que su urgencia esté bajo control.</p>



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención médica hospitalaria (continuación)</b></p> <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para que se le haga uno. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener estos servicios de trasplante localmente o fuera del área de atención para su comunidad.</p> <p>Si First Choice VIP Care Plus brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del área de servicios para su comunidad, y usted decide recibir el trasplante allí, nos ocuparemos o pagaremos los costos del viaje y alojamiento para usted y otra persona.</p> <p>Nosotros no pagamos gastos adicionales para una habitación privada en el hospital (a menos que sea médicamente necesario), enfermería privada o artículos de conveniencia personal (p. ej., teléfono y televisión).</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan pagará servicios de atención médica psiquiátrica que requieran una admisión hospitalaria.</li> <li>• Hay un límite de 190 días de por vida para la atención médica en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de atención médica psiquiátrica para pacientes internados que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general.</li> <li>• Después de usar sus 190 días, estos servicios estarán disponibles en una institución médica psiquiátrica (IMD). <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Una IMD se define como una institución que principalmente se dedica al diagnóstico, tratamiento o atención de personas con enfermedades mentales, que incluye atención médica, de enfermería y servicios afines.</li> <li>○ Se determina si un centro médico es una IMD por su carácter general como un centro médico establecido y mantenido principalmente para la atención y el tratamiento de personas con enfermedades mentales.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>*Se requiere autorización previa</i></p> <p><i>Se requiere una referencia médica para los servicios para la salud mental de personas de 65 años o mayores brindados en instituciones.</i></p>	<p>\$0*</p>
<p><b>Estadía hospitalaria: Servicios cubiertos en un establecimiento de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta.</b></p> <p>Si su hospitalización no es razonable y necesaria, el plan no la pagará.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, el plan pagará los servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en un hogar de ancianos. El plan pagará por los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios médicos.</li> <li>• pruebas de diagnóstico, como análisis de laboratorio</li> <li>• radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, lo que incluye materiales y servicios de técnico</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p>\$0 para la mayoría de los artículos*</p> <p>El copago es de \$0 para dispositivos protésicos y suministros médicos cubiertos por Medicare. El copago es \$ 3.40 por insumos médicos cubiertos solo por Medicaid de Healthy Connections. *</p>

**Si tiene alguna pregunta,** llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Estadía hospitalaria: Servicios cubiertos en un hospital o establecimiento de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• apósitos quirúrgicos</li> <li>• férulas, yesos y otros dispositivos para fracturas y dislocaciones</li> <li>• dispositivos ortopédicos y protésicos no dentales, lo que incluye reemplazos o reparaciones de dichos dispositivos. Estos dispositivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ reemplazan todo o parte de un órgano interno (lo que incluye el tejido contiguo), o</li> <li>○ reemplazan la totalidad o parte de la función de un órgano interno que no funciona o funciona mal</li> </ul> </li> <li>• aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, armazones y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a ruptura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado del paciente</li> <li>• fisioterapia, terapia del habla y ocupacional</li> </ul> <p><i>*No todos los procedimientos, pruebas y servicios de laboratorio ambulatorios para diagnóstico requerirán autorización.</i></p> <p><i>*Algunos servicios de laboratorio especializados pueden requerir autorización previa (por ejemplo, servicios de laboratorio para pruebas genéticas). Solicite a su proveedor que llame al plan para confirmar si se requiere una autorización.</i></p> <p><i>*Se requiere autorización previa de Medicaid.</i></p> <p><i>*Algunos servicios requieren autorización previa, como prótesis, fisioterapia, terapia ocupacional y del habla, diagnóstico de paciente ambulatorio y servicios radiológicos terapéuticos.</i></p>	



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Servicios e insumos para tratar enfermedades renales</b></p> <p>El plan pagará los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar acerca del cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Debe estar en la etapa IV de una enfermedad renal crónica y su médico deberá darle una referencia médica.</li> <li>○ El plan pagará hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales.</li> </ul> </li> <li>• tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, Sección B, página 5, o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente.</li> <li>• tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado si ingresa como paciente a un hospital para recibir cuidado especial</li> <li>• capacitación para hacerse diálisis a usted mismo, que incluye capacitación para usted y otra persona que lo ayude en su hogar con sus tratamientos de diálisis.</li> <li>• equipos e insumos para diálisis en el hogar.</li> <li>• ciertos servicios de apoyo en el hogar, como las visitas necesarias de personas capacitadas en diálisis para que revisen la diálisis que se está haciendo en su hogar, ayuden en casos de urgencia y revisen su equipo de diálisis y suministro de agua</li> </ul> <p>Su beneficio de farmacia de la Parte B de Medicare pagará ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos bajo receta de la Parte B de Medicare” en este cuadro.</p>	<p>\$0</p>



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios de exención del programa de apoyo y servicios a largo plazo (LTSS)</b></p> <p>Lea la Sección E para más detalles de los servicios de exención del LTSS.</p> <p>Si califica para una de las exenciones de Atención comunitaria a largo plazo (CLTC), también puede ser elegible para recibir ciertos LTSS a través de First Choice VIP Care Plus para ayudarlo hasta que los servicios de exención estén disponibles.</p> <p>Usted debe hablar con su coordinador de atención y obtener una referencia médica para algunos servicios de LTSS.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa</i></p>	\$0*
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de pulmón</b></p> <p>El plan cubrirá pruebas de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses en estos casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tiene entre 50 y 77 años, <b>y</b></li> <li>• tiene una visita de asesoramiento y toma de decisiones conjuntas con su médico u otro proveedor calificado, <b>y</b></li> <li>• ha fumado al menos un paquete por día durante 20 años sin síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años.</li> </ul> <p>Luego de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado.</p>	\$0



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p><b>Terapia de nutrición médica</b></p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal pero que no reciben diálisis. También es para luego un trasplante de riñón cuando su médico lo prescribe.</p> <p>El plan pagará tres horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan de Medicare Advantage o Medicare). Después de eso, nosotros pagamos dos horas de servicios de asesoramiento personalizado por año. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambia, podría recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico deberá indicar estos servicios y renovar la orden cada año si su tratamiento es necesario durante el siguiente año calendario.</p>	\$0
	<p><b>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</b></p> <p>El plan pagará los servicios del MDPP. El MDPP es un programa creado para ayudar a los miembros a hacer cambios sanos en su estilo de vida. Ofrece capacitación práctica en estos aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cambio en su dieta a largo plazo, <b>y</b></li> <li>• aumento en la actividad física, <b>y</b></li> <li>• maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida sano.</li> </ul>	\$0



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Medicamentos bajo receta de la Parte B de Medicare</b></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. First Choice VIP Care Plus pagará estos medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicamentos que en general no se administra usted mismo y que son inyectados o administrados por vía intravenosa mientras recibe servicios de un médico como paciente ambulatorio en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria</li> <li>• insulina suministrada a través de un componente del equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria)</li> <li>• otros medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan</li> <li>• factores de coagulación que usted mismo inyecta si tiene hemofilia</li> <li>• medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento del trasplante de órgano</li> <li>• medicamentos inyectables para la osteoporosis. Se pagarán estos medicamentos si no puede salir de su casa, tiene una fractura que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede inyectarse el medicamento usted mismo</li> <li>• antígenos</li> <li>• ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p>\$0*</p>



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Medicamentos bajo receta de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, que incluyen heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit® o Aranesp®)</li> <li>• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria</li> </ul> <p>También cubrimos algunas vacunas según nuestros beneficios de farmacia de la Parte B y Parte D de Medicare.</p> <p>En el capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos bajo receta para pacientes ambulatorios. Se explican las normas que debe seguir para que se cubran sus medicamentos bajo receta.</p> <p>En el Capítulo 6 se explica lo que pagará por sus medicamentos bajo receta como paciente ambulatorio a través de nuestro plan.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención en hogar de ancianos</b></p> <p>Su plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de enfermería: todos los que cumplan con la totalidad de las necesidades del residente.</li> <li>• servicios especiales: ayuda de trabajadores sociales, actividades planificadas y distintas terapias</li> <li>• servicios personales: ayuda para comer, vestirse, ir al baño, bañarse, etc.</li> <li>• habitación y comida: hospedaje semiprivado o en sala general</li> <li>• equipo de seguridad y tratamiento: sillas de ruedas, equipo de infusión, inodoro junto a la cama, etc.</li> <li>• medicamentos: medicamentos de venta libre (excepto insulina)</li> <li>• insumos médicos y oxígeno: oxígeno, equipo para terapias de inhalación, catéteres, vendajes, etc.</li> </ul> <p>Los servicios que no están cubiertos incluyen servicios de médico, análisis de laboratorio y radiografías, servicios para pacientes ambulatorios y hospitalizados, medicamentos bajo receta médica, etc.</p> <p>Tenga en cuenta que la atención en establecimientos de enfermería especializada (SNF) está cubierta bajo su propia categoría en este cuadro.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa</i></p>	<p>Llame a su coordinador de atención para saber si usted necesitará contribuir para su atención en el hogar de ancianos.*</p>



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Servicios de transición del hogar de ancianos</b></p> <p>Usted tendrá a su disposición los servicios de transición del hogar de ancianos si está en un hogar de ancianos y quiere volver a mudarse a su comunidad. Los servicios son útiles si tiene alguna discapacidad o condición de salud mental. Los siguientes servicios están disponibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicio de aparatos, que ofrece los aparatos necesarios</li> <li>• mobiliario para establecer un hogar en la comunidad</li> <li>• ayuda por única vez con la renta o los servicios públicos</li> </ul> <p>El programa Home Again está destinado a las personas que han estado en un hogar de ancianos y desean volver a la comunidad. Si estuvo en un establecimiento de enfermería durante al menos 90 días, es posible que cumple con los requisitos para el programa y obtenga estos servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• coordinación de la transición</li> <li>• intervención por causa de crisis</li> <li>• servicios de empleo ampliados</li> <li>• dispositivos asistenciales ampliados</li> <li>• Bienes y servicios ampliados</li> <li>• sensores inalámbricos</li> <li>• servicios para la vida comunitaria</li> <li>• atención de enfermería guiada</li> <li>• animales de servicio</li> </ul> <p>Si usted considera que califica para el programa, hable con su coordinador de atención.</p> <p>Los servicios de transición a un hogar de ancianos están limitados a una sesión por año.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa</i></p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</i></p>	<p>\$0*</p>



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>		<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Línea directa de enfermeros</b></p> <p>Un sistema de acceso sin cargo, las 24 horas del día, los siete días de la semana, a una enfermera registrada que responderá sus preguntas de aspectos de la salud.</p> <p>El número de la Línea de llamadas de asesoramiento de enfermería 24/7 es <b>1-855-843-1147 (TTY 711)</b>. Esta llamada es gratuita. Tenemos servicios de intérprete sin cargo para las personas que no hablan inglés.</p>	\$0	
<p> <b>Pruebas de evaluación y tratamiento de la obesidad para mantener un peso adecuado</b></p> <p>Si su índice de masa corporal es de 30 o más, el plan pagará asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Deberá recibir el asesoramiento en un lugar de atención primaria. De esa manera, podrá controlarlo con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	\$0	
<p><b>Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides (OTP)</b></p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opiáceos (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• actividades de admisión</li> <li>• evaluaciones periódicas</li> <li>• medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos y, si corresponde, administrar y dárselos.</li> <li>• asesoramiento del uso de sustancias</li> <li>• terapia individual y grupal</li> <li>• pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas)</li> </ul>	\$0	
<p><b>Servicios ambulatorios de hematología (sangre)</b></p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*	

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Artículos de venta libre (OTC)</b></p> <p>Se puede gastar hasta \$100 por trimestre en artículos de venta libre incluidos en el catálogo OTC y/o el portal de órdenes en línea.</p> <p>Los miembros pueden comprar hasta seis productos por categoría por trimestre. No hay límite en el total de artículos de su pedido.</p> <p>Los pedidos de artículos OTC se limitan a tres pedidos por trimestre. Pueden aplicarse límites adicionales a algunos artículos.</p> <p>Todo saldo que no se haya utilizado expirará automáticamente al final de cada trimestre o al darse de baja del plan.</p>	\$0
<p><b>Exámenes de diagnóstico y servicios e insumos terapéuticos como paciente ambulatorio</b></p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• radiografías</li> <li>• terapia de radiación (radioterapia y terapia con isótopos), incluyendo los materiales e insumos que usan los técnicos</li> <li>• insumos quirúrgicos, como vendajes</li> <li>• férulas, yesos y otros dispositivos para fracturas y dislocaciones</li> <li>• análisis de laboratorio</li> <li>• sangre, incluido su almacenamiento y administración</li> <li>• otras pruebas de diagnóstico como paciente ambulatorio</li> </ul> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p> <p><i>No todos los procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios requieren autorización. Solicite a su proveedor que llame al plan para confirmar si se requiere una autorización.</i></p>	\$0*



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b></p> <p>El plan paga los servicios médicamente necesarios que usted reciba para un diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital.</p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios en una sala de urgencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de cirugía u observación <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como "paciente hospitalizado".</li> <li>○ A veces puede estar en el hospital de un día para otro y aun así ser un "paciente ambulatorio".</li> <li>○ Puede obtener más información sobre cómo ser un paciente hospitalizado o ambulatorio en esta hoja informativa: <a href="http://www.medicare.gov/media/11101">www.medicare.gov/media/11101</a></li> </ul> </li> <li>• análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital</li> <li>• atención de salud mental, incluyendo atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin esa atención</li> <li>• radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital</li> <li>• insumos médicos, como férulas y yesos</li> <li>• algunos exámenes y servicios de atención médica preventiva del Cuadro de beneficios</li> <li>• algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p>\$0*</p>



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios de hospital para pacientes ambulatorios (continuación)</b></p> <p><i>*Se necesita autorización previa para algunos servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</i></p> <p><i>No se necesita autorización para servicios de observación cubiertos por Medicare.</i></p> <p><i>Las reglas de autorización para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios se muestran en la descripción de cada beneficio individual para pacientes ambulatorios que figura en el Cuadro de beneficios. No todos los servicios preventivos o de diagnóstico de hospital para pacientes ambulatorios requieren autorización.</i></p>	
<p><b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <p>El plan pagará servicios de la salud mental prestados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un psiquiatra o médico habilitado del estado,</li> <li>• un psicólogo clínico,</li> <li>• un trabajador social clínico,</li> <li>• un enfermero clínico especializado,</li> <li>• un enfermero profesional (NP),</li> <li>• un auxiliar médico (PA),</li> <li>• un terapeuta de matrimonio y familiar habilitado (LMFT),</li> <li>• un consejero profesional habilitado, (LPC), o</li> <li>• cualquier otro profesional de la salud mental certificado por Medicare, según lo permitan las leyes vigentes del estado.</li> </ul> <p>El plan pagará por los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios clínicos</li> <li>• tratamiento de día</li> <li>• servicios de rehabilitación psicosocial</li> </ul> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia médica</i></p>	\$0



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio</b></p> <p>El plan pagará fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. Los servicios de fisioterapia deben mejorar o restaurar su función física y prevenir lesiones, impedimentos y discapacidades después de una enfermedad, lesión o pérdida de una parte del cuerpo.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación del departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, de terapeutas independientes, de centros de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) y de otros centros médicos.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*
<p><b>Servicios como paciente ambulatorio por abuso de sustancias tóxicas</b></p> <p>La Parte B de Medicare ayuda a pagar los servicios de tratamiento por abuso de sustancias tóxicas como paciente ambulatorio, de una clínica o departamento para pacientes ambulatorios de un hospital.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• psicoterapia</li> <li>• educación del paciente</li> <li>• seguimiento médico después del alta del hospital</li> <li>• medicamentos bajo receta durante una admisión hospitalaria o inyectados en el consultorio médico</li> <li>• exámenes preventivos y asesoramiento</li> </ul> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p> <p><i>No todos los servicios para el abuso de sustancias tóxicas para pacientes ambulatorios requerirán autorización. Solicite a su proveedor que llame al plan para confirmar si se requiere una autorización.</i></p>	\$0*
<p><b>Cirugía ambulatoria</b></p> <p>El plan pagará la cirugía ambulatoria y los servicios en un centro médico para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*

**Si tiene alguna pregunta,** llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Cuidados paliativos</b></p> <p>Los cuidados paliativos son atención médica especializada para personas con enfermedades graves. Este tipo de atención está orientada a aliviar en los pacientes los síntomas, el dolor y el estrés de una enfermedad grave. El objetivo es mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de la familia.</p> <p>Los cuidados paliativos son ofrecidos por un equipo que puede incluir médicos, enfermeros, trabajadores sociales, capellanes y profesionales que trabajan con otros médicos de un paciente para brindar un aspecto adicional de apoyo. El equipo se concentrará en lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hablar con los miembros sobre los temas que más le importan</li> <li>• evaluar y controlar el dolor y otros síntomas</li> <li>• atender las necesidades psicológicas y espirituales del miembro y su familia</li> <li>• ofrecer un sistema de respaldo para ayudar a los miembros a vivir lo mejor posible</li> <li>• ofrecer un sistema de respaldo para ayudar a la familia a enfrentar la enfermedad del miembro</li> </ul> <p>Los cuidados paliativos son adecuados a cualquier edad y etapa de una enfermedad grave, y pueden brindarse junto a un tratamiento curativo.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</i></p>	<p>\$0*</p>



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial</b></p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio ambulatorio en un hospital o en un centro comunitario de salud mental. Es más intenso que el cuidado que usted recibiría en el consultorio de su médico o de su terapeuta. Puede evitar que tenga que permanecer en el hospital.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento terapéutico de salud (mental) conductual proporcionado como servicio ambulatorio, un centro de salud mental comunitario, un centro sanitario cualificado federalmente, o una clínica sanitaria rural, que sea más intenso que el cuidado recibido en el consultorio de su médico o de su terapeuta, pero menos intenso que una hospitalización parcial.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*
<p><b>Servicios de médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico</b></p> <p>El plan pagará los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios, en lugares como: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ el consultorio del médico</li> <li>○ un centro quirúrgico certificado para pacientes ambulatorios</li> <li>○ un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital</li> </ul> </li> <li>• consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista</li> <li>• exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico los ordena para evaluar si necesita tratamiento médico</li> <li>• ciertos servicios de telesalud, incluidos <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Algunas visitas al PCP</li> <li>○ Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de un procedimiento médico o cirugía</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	\$0



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Servicios de médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted tiene la opción de recibir estos servicios por medio de una visita en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por medio de asistencia telefónica, debe utilizar un proveedor de la red que ofrece telesalud.</li> <li>• Algunos servicios de telesalud, incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o practicante, para miembros en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare</li> <li>• servicios de telesalud para visitas mensuales por enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros con diálisis a domicilio en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital u hospital de acceso crítico, o en la casa del miembro.</li> <li>• servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral.</li> <li>• servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente</li> <li>• servicios de telemedicina para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de enfermedades de salud mental, si: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telemedicina</li> <li>○ tiene una visita en persona dentro de los 12 meses mientras recibe estos servicios de telemedicina</li> <li>○ pueden producirse excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias</li> </ul> </li> <li>• los servicios de telemedicina para visitas de salud mental proporcionados por clínicas rurales de salud y centros de salud federalmente cualificados</li> <li>• Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico durante 5-10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ no es paciente nuevo, y</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><i>Servicios de médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>el chequeo no está relacionado con una visita de consultorio en los últimos 7 días, y</i></li> <li>• <i>el chequeo no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita más rápida disponible</i></li> <li>• Evaluación de un video o imágenes que usted le envía a su médico e interpretación y seguimiento por parte del médico dentro de las 24 horas en estos casos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>no es paciente nuevo, y</i></li> <li>○ <i>la evaluación no está relacionada con una visita de consultorio en los últimos 7 días, y</i></li> <li>○ <i>la evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita más rápida disponible</i></li> </ul> </li> <li>• consulta que su médico hace con otros médicos por teléfono, por internet o por medio de una historia clínica electrónica si usted no es un paciente nuevo</li> <li>• segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía</li> <li>• Atención dental no rutinaria. Los servicios cubiertos están limitados a: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas,</li> <li>○ reposición de fracturas de la mandíbula o huesos faciales,</li> <li>○ extracción de dientes antes de tratamientos de radiación para cáncer neoplásico, o</li> <li>○ servicios que estarían cubiertos cuando son provistos por un médico.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>Servicios de podiatría</b></p> <p>El plan pagará los servicios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedos en martillo o espolón calcáneo)</li> <li>• cuidado de rutina de los pies para miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes</li> </ul>	\$0



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p><b>Pruebas de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>Para los hombres, el plan pagará los siguientes servicios cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un examen de tacto rectal</li> <li>• un examen de antígeno prostático específico (PSA)</li> </ul>	\$0
<p><b>Dispositivos ortopédicos e insumos relacionados</b></p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan todo o una parte de un miembro o una función del cuerpo. El plan pagará los siguientes dispositivos protésicos y, posiblemente, otros aparatos que no se incluyen aquí si su proveedor consigue una aprobación previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bolsas de colostomía e insumos relacionados con el cuidado de una colostomía</li> <li>• marcapasos</li> <li>• aparatos ortopédicos</li> <li>• zapatos protésicos</li> <li>• brazos y piernas artificiales</li> <li>• prótesis para senos (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía).</li> </ul> <p>Además, el plan pagará algunos insumos relacionados con los dispositivos protésicos. El plan también pagará la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos.</p> <p>El plan ofrece cobertura parcial después de una eliminación o cirugía de cataratas. Consulte “Cuidado de la vista” más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p> <p>El plan no pagará dispositivos protésicos dentales.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa</i></p>	<p>El copago es de \$0 para dispositivos protésicos y suministros médicos cubiertos por Medicare. El copago es \$3.40 por insumos médicos cubiertos solo por Medicaid de Healthy Connections. *</p>



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>El plan pagará programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy severa. El miembro deberá tener una orden del médico o proveedor que trata la EPOC para la rehabilitación pulmonar.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	\$0*
<p><b>Servicios de apoyo para el cuidado de enfermos</b></p> <p>Los cuidados de relevo pueden darse en un establecimiento de cuidado residencial de la comunidad (CRCF), en un centro de enfermería o en su hogar. Hasta 28 días de servicios de apoyo para el cuidado de enfermos pueden recibirse en un CRCF. Hasta 14 días de servicios de apoyo para el cuidado de enfermos pueden recibirse en un hogar de ancianos. Pueden recibirse hasta 14 días de servicios de apoyo para el cuidado de enfermos en su hogar.</p> <p>La atención para la que esté calificado/a dependerá de su situación.</p> <p>Si no cumple con los requisitos para una de las exenciones de Atención comunitaria a largo plazo (CLTC), puede ser elegible para recibir <i>ciertos</i> servicios y apoyos a largo plazo, incluido el relevo a través de First Choice VIP Care Plus hasta que los servicios de exención estén disponibles. No se aplicará copago al beneficio complementario. Su coordinador de atención puede autorizar estos servicios según la necesidad médica hasta por 14 días adicionales por año.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</i></p>	\$0*



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>		<b>Lo que usted debe pagar</b>
	<p><b>Pruebas de detección y asesoramiento para tratar infecciones de transmisión sexual (ITS)</b></p> <p>El plan pagará pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas estarán cubiertas para algunas personas que tengan mayor riesgo de tener una ITS. Un proveedor de atención primaria deberá ordenar los exámenes. Cubriremos estos exámenes una vez cada 12 meses.</p> <p>El plan también pagará hasta dos sesiones intensivas de asesoramiento de conducta, en persona, una vez al año, para adultos sexualmente activos y con mayor riesgo de tener infecciones de transmisión sexual. Cada sesión varía de 20 a 30 minutos de duración. El plan pagará estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo, solo un proveedor de atención primaria las brinda. Las sesiones deben realizarse en un ámbito de atención primaria, como en el consultorio de un médico.</p>	\$0
	<p><b>Atención en un centro especializado de enfermería (SNF)</b></p> <p>El plan pagará por los siguientes servicios y, posiblemente, por otros servicios no enumerados aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una habitación semiprivada o privada, si es médicamente necesaria</li> <li>• comidas, incluso dietas especiales.</li> <li>• servicios de enfermería</li> <li>• fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.</li> <li>• medicamentos que usted reciba como parte de su plan de atención, incluyendo sustancias encontradas naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea</li> <li>• sangre, incluido su almacenamiento y administración</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	\$0*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención en un centro especializado de enfermería (SNF) (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• insumos médicos y quirúrgicos que brindan los centros de enfermería</li> <li>• exámenes de laboratorio que brindan los centros de enfermería</li> <li>• radiografías y otros servicios radiológicos que brindan los centros de enfermería</li> <li>• dispositivos de asistencia, como sillas de ruedas, que normalmente brindan los centros de enfermería</li> <li>• servicios de un médico o proveedor</li> </ul> <p>Generalmente usted recibirá su atención de centros médicos de la red. Sin embargo, es posible que usted reciba atención en un centro médico fuera de nuestra red. Puede recibir atención en estos lugares si aceptan los montos que paga nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un hogar de ancianos o la comunidad para jubilados donde usted vivió antes de ir al hospital (siempre y cuando ofrezca la atención de un centro de enfermería)</li> <li>• un centro de enfermería donde viva su cónyuge o compañero doméstico al momento de dejar el hospital</li> <li>• Tenga en cuenta que la atención en un hogar de ancianos está cubierta bajo su propia categoría en este cuadro.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Atención en un centro especializado de enfermería (SNF) (continuación)</b></p> <p>El plan no requiere una internación en el hospital antes de admitirlo en un SNF. Se requiere la certificación para la Atención comunitaria y a largo plazo (CLTC) antes de cualquier admisión patrocinada por Medicaid a un centro médico de atención a largo plazo desde cualquier lugar, que incluye la transición de la comunidad a un establecimiento de enfermería (admisión no cubierta por Medicare o admisión hospitalaria por menos de tres días antes de la admisión en un establecimiento de enfermería). La admisión en el establecimiento de enfermería especializada (SNF) debe cumplir con los estándares de necesidad médica.</p> <p>Debe hablar con su coordinador de atención para conseguir una referencia médica para las admisiones cubiertas por Healthy Connections Medicaid. El plan de salud será notificado de cualquier admisión de un miembro en una institución de cuidado a largo plazo patrocinado por Medicaid. Se necesita la admisión por un centro de cuidados con licencia.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa para los servicios de SNF cubiertos por Medicare.</i></p>	



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</b></p> <p>El plan pagará por la terapia supervisada de ejercicios a miembros con arteriopatía periférica (AP) sintomática que tengan con la referencia médica correspondiente del médico responsable del tratamiento. El plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET</li> <li>• conforme avanza el tiempo, otras 36 sesiones si el proveedor médico las considera médicamente necesarias</li> </ul> <p>El programa de la SET deberá tener estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de ejercicio y entrenamiento para AP en miembros con calambres en las piernas debido a un mal flujo de sangre (claudicación)</li> <li>• en un entorno ambulatorio o en el consultorio de un médico</li> <li>• ofrecido por personal calificado que se asegure de que los beneficios superen el dolor y que esté capacitado en terapias de ejercicio para AP</li> <li>• bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o enfermero profesional/especialista de enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital tanto básicas como avanzadas.</li> </ul> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>\$0*</p>



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Administración de casos dirigida (TCM)</b></p> <p>Las actividades de la TCM garantizan que sus necesidades médicas, sociales, educativas y otros servicios se dirijan de manera continua para ayudarlo a ser más autosuficiente.</p> <p>Para recibir la TCM, tiene que estar en uno de los siguientes grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• personas con discapacidad intelectual y relacionadas</li> <li>• adultos con enfermedad mental grave y persistente</li> <li>• personas con trastorno de sustancias psicoactivas</li> <li>• personas con riesgo de enfermedades genéticas</li> <li>• personas con lesiones en la cabeza y médula espinal y discapacidades relacionadas</li> <li>• personas con deficiencia sensorial</li> <li>• adultos con deficiencia funcional</li> </ul> <p>La TCM solo está disponible para los últimos 180 días en que está en una institución y se está trasladando a un entorno de la comunidad. Las personas que se están trasladando a una exención no califican para la TCM.</p> <p>Hable con su coordinador de atención o PCP sobre cómo obtener los servicios de la TCM.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>\$0*</p>



Servicios generales que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Telemedicina</b></p> <p>El plan cubre algunos servicios médicos o de la salud mediante audio o video en tiempo real con un proveedor que no está en su localidad.</p> <p>Estos servicios están disponibles en algunas áreas rurales, bajo ciertas condiciones y solo si usted está en alguno de estos lugares: consultorio médico, hospital, clínica de salud rural, centro de salud con calificación federal, centro médico de diálisis con base en un hospital, establecimiento de enfermería especializado o centro de salud mental comunitario.</p> <p>Estos servicios están cubiertos con un sistema de telecomunicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• consulta</li> <li>• visitas al consultorio</li> <li>• psicoterapia individual</li> <li>• administración de medicamentos bajo receta</li> <li>• exámenes diagnósticos y pruebas psiquiátricas</li> </ul> <p>Los servicios como conversaciones telefónicas, mensajes electrónicos y llamadas de video por teléfono celular no están cubiertos.</p> <p>La telepsiquiatría solo se ofrece de manera limitada, por medio del Departamento de Salud Mental, en asociación con más de 20 salas de emergencias hospitalarias en el estado.</p> <p>MDLive ofrece a todos los miembros acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, durante todo el año, a un médico participante a través de comunicación telefónica, escritorio o dispositivo móvil. Los miembros pueden acceder a una consulta inmediata con un médico, un orientador o un psiquiatra. Los miembros también pueden programar una consulta mediante telemedicina para más adelante.</p> <p><i>Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.</i></p>	<p>\$0</p>



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Televigilancia</b></p> <p>Los equipos de televigilancia monitorean el peso, la presión arterial, los niveles de oxígeno y la glucosa en sangre del miembro. Las lecturas diarias se transmiten desde la casa del miembro a los enfermeros que revisan los resultados diarios. Se notifica a los médicos si las lecturas están fuera de ciertos rangos.</p>	\$0
<p><b>Atención médica urgente</b></p> <p>La atención urgentemente necesaria trata lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un caso que no sea una urgencia, o</li> <li>• una enfermedad médica repentina, o</li> <li>• una lesión, o</li> <li>• una condición que necesita atención inmediata.</li> </ul> <p>Si necesita atención urgentemente necesaria, deberá tratar de conseguirla primero de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores de fuera de la red cuando no pueda acceder a un proveedor de la red porque, dadas sus circunstancias, no sea posible o no sea razonable obtener servicios de proveedores de red (por ejemplo, cuando está fuera del área del servicio del plan y precisa de servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección no diagnosticada, pero que no es una emergencia médica).</p> <p>La atención médica de urgencia necesaria solamente está cubierta cuando los servicios se reciben en los EE. UU.</p>	\$0
<p> <b>Cuidado de la vista</b></p> <p>El plan pagará servicios de un médico para pacientes ambulatorios por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. Esto incluye, por ejemplo, exámenes anuales de la visión para detectar la retinopatía diabética en pacientes con diabetes y el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina para recibir anteojos o lentes de contacto.</p> <p style="text-align: center;"><b>Este beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	\$0*

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



<b>Servicios generales que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Cuidado de la vista (continuación)</b></p> <p>Healthy Connections Medicaid cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tratamiento de una enfermedad o lesión de los ojos</li> <li>• reemplazo inicial de lentes por una cirugía de cataratas*</li> </ul> <p>Para las personas con un alto riesgo de glaucoma, el plan pagará un examen por año. Las personas con alto riesgo incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• personas con un antecedente familiar de glaucoma,</li> <li>• personas con diabetes,</li> <li>• personas afroamericanas de 50 años y más, e</li> <li>• hispanoamericanos de 65 años o más.</li> </ul> <p>El plan pagará un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular. (si tiene dos cirugías de cataratas por separado, deberá recibir un par de anteojos después de cada cirugía. No podrá recibir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía).</p> <p>El plan también pagará lentes correctivos y marcos, y su reemplazo si los necesita después de la operación cataratas, pero sin que le hayan implantado un lente.</p> <p><b>Examen de rutina de la vista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen ocular de rutina cada año, excluyendo el examen de lentes de contacto y los servicios de adaptación.</li> <li>• Se cubre un par de anteojos (lentes y marcos) o un par de lentes de contacto cada dos años.</li> <li>• Existe un límite de cobertura del plan de \$150 para anteojos cada dos años. Se pueden incluir hasta \$150 para el costo de lentes o lentes de contacto cada dos años.</li> </ul> <p><i>*Se requiere autorización previa para el reemplazo inicial de la lente debido a una cirugía de cataratas.</i></p>	



Servicios generales que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p><b>Visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”</b></p> <p>El plan cubre la visita preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una revisión de su salud,</li> <li>• educación y asesoramiento de servicios preventivos que necesite (incluidas pruebas de detección e inyecciones), <b>y</b></li> <li>• referencias médicas para otro tipo de atención si lo necesita.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Cubriremos la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, diga en el consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”.</p>	\$0



## E. Servicios de exención operados por la Atención comunitaria a largo plazo (CLTC) que paga nuestro plan

El programa de apoyo y servicios a largo plazo (LTSS) le ayuda a cumplir sus necesidades diarias de asistencia y a mejorar su calidad de vida. El programa de LTSS puede ayudarle con las actividades diarias, como tomar un baño, vestirse y cocinar. La mayoría de estos servicios se presta en su hogar o en su comunidad, pero también pueden brindarse en un hogar de ancianos o hospital.

Los beneficios de LTSS se ofrecen para los inscritos a ciertos programas de exención dirigidos por la división de Atención comunitaria a largo plazo (CLTC) de Healthy Connections Medicaid. El tipo y la cantidad de LTSS dependen del programa de exención en el que usted esté. Si considera que necesita LTSS, puede hablar con su coordinador de atención para saber cómo acceder a ellos y si puede obtener alguna de estas exenciones.

Servicios de exención operados por la Atención comunitaria a largo plazo (CLTC) que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p><b>Servicios de exención Community Choices</b></p> <p>El plan ofrece servicios adicionales para los miembros del programa de exención Community Choices. Estos son algunos de los servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• atención médica de día y enfermería para adultos</li> <li>• transporte a atención médica de día para adultos</li> <li>• administración de casos y coordinación de estos servicios de exención</li> <li>• servicios de acompañantes</li> <li>• comidas a domicilio</li> <li>• adaptaciones menores del hogar (por ejemplo, rampa, control de pestes, equipo de seguridad para el baño)</li> <li>• cuidado personal y de asistente</li> <li>• sistema de respuesta ante una emergencia personal</li> <li>• algunos suplementos nutricionales</li> <li>• equipo e insumos médicos especializados</li> <li>• alivio temporal para su cuidador en un establecimiento de cuidado residencial de la comunidad (CRCF) o un centro de hospitalización (centro de enfermería u hospital).</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>Beneficio continúa en la página siguiente</b></p>	<p>\$0*</p>

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



<b>Servicios de exención operados por la Atención comunitaria a largo plazo (CLTC) que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Servicios de exención de Community Choices (continuación)</b></p> <p>Nuestro beneficio complementario de HCBS incluye ciertos servicios de exención, que se pueden proporcionar a los miembros que no están actualmente inscritos en una exención pero que cumplen con los requisitos para la exención, por un período temporal, para prevenir o retrasar el ingreso en un hospital o un asilo de ancianos a largo plazo. Estos servicios incluyen cuidado personal, acompañamiento, equipo de seguridad para el baño y hasta 14 días adicionales por año de servicios de relevo proporcionados en el hogar o en una institución. Los coordinadores de cuidados deben autorizar estos servicios para los miembros que cumplan con los criterios.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	



**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.

<b>Servicios de exención operados por la Atención comunitaria a largo plazo (CLTC) que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Servicios de exención por VIH/SIDA</b></p> <p>El plan ofrece servicios adicionales para los miembros del programa de exención por VIH/SIDA. Estos son algunos de los servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• administración de casos y coordinación de estos servicios de exención</li> <li>• servicios de acompañantes</li> <li>• comidas a domicilio</li> <li>• adaptaciones menores del hogar (por ejemplo, rampa, control de pestes, equipo de seguridad para el baño)</li> <li>• cuidado personal y de asistente</li> <li>• enfermería privada</li> <li>• algunos suplementos nutricionales</li> </ul> <p>Nuestro beneficio complementario de HCBS incluye ciertos servicios de exención, que se pueden proporcionar a los miembros que no están actualmente inscritos en una exención pero que cumplen con los requisitos para la exención, por un período temporal, para prevenir o retrasar la colocación en un hospital o un asilo de ancianos a largo plazo. Estos servicios incluyen cuidado personal, acompañamiento, equipo de seguridad para el baño y hasta 14 días adicionales por año de servicios de relevo proporcionados en el hogar o en una institución. Los coordinadores de cuidados deben autorizar estos servicios para los miembros que cumplan con los criterios.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>\$0*</p>



<b>Servicios de exención operados por la Atención comunitaria a largo plazo (CLTC) que paga nuestro plan</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b>
<p><b>Servicios de exención para personas dependientes de un respirador mecánico</b></p> <p>El plan brinda servicios adicionales para los miembros de la exención de personas dependientes de respirador mecánico. Estos son algunos de los servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• administración de casos y coordinación de estos servicios de exención</li> <li>• comidas a domicilio</li> <li>• adaptaciones menores del hogar (por ejemplo, rampa, control de pestes, equipo de seguridad para el baño)</li> <li>• cuidado personal y de asistente</li> <li>• sistema de respuesta ante una emergencia personal</li> <li>• enfermería privada</li> <li>• algunos suplementos nutricionales</li> <li>• equipo e insumos médicos especializados</li> <li>• alivio temporal para su cuidador (en un centro de enfermería o en su hogar)</li> </ul> <p>Nuestro beneficio complementario de HCBS incluye ciertos servicios de exención, que se pueden proporcionar a los miembros que no están actualmente inscritos en una exención pero que cumplen con los requisitos para la exención, por un período temporal, para prevenir o retrasar la colocación en un hospital o un asilo de ancianos a largo plazo. Estos servicios incluyen cuidado personal, acompañante, equipo de seguridad para el baño y hasta 14 días adicionales por año de servicios de relevo proporcionados en el hogar o en una institución. Los coordinadores de cuidados deben autorizar estos servicios para los miembros que cumplan con los criterios.</p> <p><i>*Se requiere autorización previa</i></p>	<p>\$0*</p>



---

## F. Beneficios cubiertos fuera de First Choice VIP Care Plus

Los siguientes servicios no están cubiertos por First Choice VIP Care Plus, pero están disponibles a través de Medicare. Puede obtenerlos de la misma manera que lo hace ahora.

### F1. Atención para enfermos terminales

Puede recibir atención de cualquier programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare. Tiene derecho a elegir atención para enfermos terminales si su proveedor y el director de atención para enfermos terminales determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y su expectativa de vida es de seis meses o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare. El plan debe encontrarle un programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare. Su médico de atención para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o de fuera de la red.

Consulte el Cuadro de beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que pagará First Choice VIP Care Plus mientras usted está recibiendo los servicios de atención para enfermos terminales.

#### **Para los servicios de atención para enfermos terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal:**

- El proveedor de atención para enfermos terminales facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios de atención para enfermos terminales relacionados con su pronóstico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios.

#### **Para los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y no se relacionan con su pronóstico terminal:**

- El proveedor facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o B. Usted no debe pagar nada por estos servicios.

#### **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de First Choice VIP Care Plus:**

- Los medicamentos nunca son cubiertos por el plan de atención para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para más información, consulte el Capítulo 5, Sección F3, página 18.

**Nota:** Si usted necesita atención que no sea para enfermos terminales, deberá llamar a su coordinador de atención para pedir ese servicio. La atención que no es para enfermos terminales es la que no está relacionada con su pronóstico terminal.

Los siguientes servicios no están cubiertos por First Choice VIP Care Plus, pero están disponibles a través de Healthy Connections Medicaid. Puede obtenerlos de la misma manera que lo hace ahora.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## F2. Servicios dentales

Los diagnósticos (evaluación oral y radiografías), la atención preventiva (limpiezas anuales), la atención de restauración (empastes) y la atención quirúrgica están cubiertos en base a una tarifa por servicio con un copago de \$3.40. Llame a su coordinador de atención para pedir más información.

## F3. Transporte médico que no sea de urgencia

La asistencia para el transporte está disponible de ida y vuelta a las citas médicas con un copago de \$0. El tipo de asistencia dependerá de la situación médica del miembro. Los proveedores médicos verificarán los pedidos de servicios urgentes o para el mismo día (como asistencia de transporte para altas hospitalarias de rutina) para confirmar que el plazo reducido sea médicamente necesario. **Cualquier miembro que necesite transporte de emergencia debe llamar al 911.**

Para obtener más información, llame a su coordinador de atención o lea el folleto para el miembro en el sitio web de ModivCare, que es el agente de transportes:

[memberinfo.logisticare.com/scmember/Downloads](http://memberinfo.logisticare.com/scmember/Downloads). Si tiene más preguntas, llame a ModivCare través de la información de contacto de su región en el folleto para el miembro.

## G. Beneficios no cubiertos por First Choice VIP Care Plus, Medicare o Healthy Connections Medicaid

Esta sección indica los tipos de beneficios que están excluidos del plan. Excluidos significa que el plan no paga por estos beneficios. Medicare y Healthy Connections Medicaid tampoco pagarán por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y elementos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna circunstancia, y algunos que están excluidos del plan solo en algunos casos.

El plan no pagará los beneficios médicos excluidos mencionados en esta sección (ni en ninguna otra parte de este *Manual del Miembro*), excepto en las condiciones específicas enumeradas. Aunque si recibes los servicios en un centro de urgencias, el plan no pagará los servicios. Si considera que debemos pagarle por un servicio que no está cubierto, puede apelar. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Además de cualquier limitación o exclusión descrita en el Cuadro de beneficios, **los siguientes elementos y servicios no están cubiertos por nuestro plan:**

- Atención quiropráctica independientemente de la manipulación manual de la columna vertebral de acuerdo con las guías de cobertura de Medicare
- Cirugía estética u otros tratamientos estéticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte malformada del cuerpo. Sin embargo, el plan pagará por la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y por el tratamiento del otro seno para que tengan el mismo aspecto.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).



- Prótesis dentales. Sin embargo, puede estar cubierta la atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones como atención médica ambulatoria o en hospital.
- Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines estéticos, antienvejecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica. El tratamiento y los artículos experimentales son aquellos que no están aceptados por la comunidad médica en general.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras asistencias para la vista reducida. Sin embargo, el plan pagará anteojos después de una cirugía de cataratas.
- Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.
- Servicios naturopáticos (uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Insumos de anticonceptivos de venta libre (sin receta médica).
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un arnés y estén incluidos en el costo de este o que los zapatos sean para una persona con pie diabético. Dispositivos de soporte para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o en un hogar de ancianos, como un teléfono o una televisión.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
- Servicios de podología de rutina, excepto para la cobertura limitada que se brinda con base en las guías de Medicare.
- Los servicios considerados como no “razonables y necesarios” según las normas de Medicare y Healthy Connections Medicaid, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos.
- Servicios brindados a veteranos en centros médicos de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano reciba servicios de emergencia en un hospital de Asuntos de Veteranos (VA), y el costo de VA sea mayor que el costo compartido bajo nuestro plan, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Los miembros seguirán siendo responsables de las cantidades de los costos compartidos.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague.



## Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos bajo receta a través del plan como paciente ambulatorio

---

### Introducción

Este capítulo explica las normas para obtener sus medicamentos bajo receta como paciente ambulatorio. Estos son medicamentos que su proveedor le receta para que usted los obtenga en una farmacia o por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Healthy Connections Medicaid. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

First Choice VIP Care Plus también cubre los siguientes medicamentos, aunque no serán mencionados en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos que le dan mientras está en un hospital u hogar de ancianos.
- Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que obtiene en una visita al consultorio de un médico u otro proveedor y medicamentos que recibe en una clínica de diálisis. Para informarse más sobre qué medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4, Sección D, página 5.

### Normas para la cobertura de farmacia de pacientes ambulatorios del plan

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga las normas de esta sección.

1. Debe contar con un médico u otro proveedor que le escriba su receta, que debe ser válida según las leyes vigentes del estado. Muchas veces esta persona es su proveedor de atención primaria (PCP). También puede ser otro proveedor si su PCP lo envió a ese para recibir atención.
2. El profesional que le recete no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
3. Generalmente, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta.
4. Su medicamento bajo receta debe estar incluido en el *Listado de medicamentos cubiertos* del plan. Lo llamamos "Listado de medicamentos" para abreviar.
  - Si no está en el Listado de medicamentos, es posible que podamos cubrirlo si hacemos una excepción.
  - Consulte el Capítulo 9, Sección F, página 28 para saber cómo pedir una excepción.
5. Deberá usar su medicamento para una indicación aceptada médicamente. Esto quiere decir que su uso está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o está respaldado por determinados libros de referencia.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## Tabla de contenidos

A. Cómo hacer que le surtan sus recetas médicas .....	4
A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red .....	4
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro cuando surte una receta .....	4
A3. Qué hacer si quiere cambiar a otra farmacia de la red .....	4
A4. Qué hacer si su farmacia deja el plan .....	4
A5. Cómo usar una farmacia especializada.....	5
A6. Cómo usar los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos .....	5
A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo .....	8
A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red del plan .....	8
A9. Reintegro de pago por un medicamento bajo receta .....	8
B. Listado de medicamentos del plan .....	9
B1. Medicamentos en el Listado de medicamentos .....	9
B2. Cómo encontrar un medicamento en el Listado de medicamentos .....	10
B3. Medicamentos que no están en el Listado de medicamentos .....	10
B4. Niveles del Listado de medicamentos .....	11
C. Límites en algunos medicamentos .....	11
D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto .....	13
D1. Cómo conseguir un suministro temporal .....	13
D2. Cómo pedir un suministro temporal.....	15
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos .....	15
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	18
F1. Si está en un hospital o centro especializado de enfermería por una admisión hospitalaria que está cubierta por el plan.....	18
F2. Si está en un centro médico de cuidado a largo plazo.....	18
F3. Si está en un programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare .....	18



G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos ..... 19

    G1. Programas para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos de manera segura ..... 19

    G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos..... 19

    G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de  
        manera segura sus medicamentos opiáceos .....20



---

## A. Cómo hacer que le surtan sus recetas médicas

### A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará por recetas **solo** si se surten en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que aceptó surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede usar cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio de Internet o comunicarse con Servicios al Miembro o su coordinador de cuidados.

### A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro cuando surte una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red le cobrará al plan su medicamento bajo receta cubierto.

Si no tiene la tarjeta de identificación del plan cuando vaya a surtir su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque la información de la inscripción de su plan.

**Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta médica cuando la recoja.** Puede pedirnos que le devolvamos lo que haya pagado después. Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con Servicios al Miembro. Haremos lo posible para ayudarlo.

- Para saber cómo solicitarnos un reembolso, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 2.
- Si necesita ayuda para que le surtan un medicamento bajo receta, comuníquese con Servicios al Miembro o su coordinador de cuidados.

### A3. Qué hacer si quiere cambiar a otra farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita surtir una receta, puede pedir a un proveedor que le haga una nueva receta o pedir a su farmacia que transfiera la receta a la farmacia nueva si le quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede comunicarse con Servicios al Miembro o su coordinador de cuidados.

### A4. Qué hacer si su farmacia deja el plan

Si la farmacia que usa se retira de la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio de Internet o comunicarse con Servicios al Miembro o su coordinador de cuidados.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## A5. Cómo usar una farmacia especializada

A veces, las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia intravenosa en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro médico de cuidado a largo plazo, como un hogar de ancianos.
  - Generalmente, los centros médicos de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si reside en un centro médico de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda conseguir los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
  - Si la farmacia de su centro médico a largo plazo no está en nuestra red, o si tiene dificultades para conseguir sus medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, llame a Servicios al Miembro.
- Farmacias que sirven al Programa de Salud para Nativos Americanos Tribales o Urbanos. Excepto en casos de urgencia, solo los nativos americanos y los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación del proveedor o capacitación sobre su uso. (Nota: Esta situación debería suceder en casos excepcionales.)

Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, ir a nuestro sitio de Internet o comunicarse con Servicios al Miembro o con su coordinador de cuidados.

## A6. Cómo usar los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

Puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para ciertos tipos de medicamentos. En general, los medicamentos disponibles por medio de pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular por una enfermedad crónica o prolongada.

Nuestro servicio por correo precisa que haga un pedido de suministro mínimo para 61 días y para no más de 100 días. Un suministro para 61-100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## Cómo surtir mis recetas médicas por correo

Para obtener formularios de pedidos e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Servicios al Miembro al número que aparece al pie de la página o visite el sitio de Internet del plan.

Generalmente, una receta pedida por correo le llegará a más tardar en 10 días hábiles. Sin embargo, en ocasiones, su receta pedida por correo puede retrasarse. Si experimenta retrasos, llame al **1-800-345-1985 (TTY 711)**, 24 horas al día.

Si usted necesita sus medicamentos de forma urgente y no puede esperar 10 días hábiles para recibir el pedido, comuníquese con el Centro de atención al cliente de Walgreens al **1-800-345-1985 (TTY 711)**, las 24 horas del día para evitar una interrupción del tratamiento con la medicación.

- Cuando llame al centro de atención al cliente de Walgreens con un pedido urgente, presione “0” dos veces en su teléfono. Esté listo para responder algunas preguntas de identificación. Luego le conectarán con un representante.
- Diga al representante del centro de atención al cliente de Walgreens que tiene un suministro para menos de 10 días de medicación y necesita que su pedido se le envíe de manera expedita (entrega rápida). El representante del Centro de Atención al Cliente hablará de las opciones disponibles con usted.
- Haga saber al representante esta información:
  - Su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, nombre de la medicación, dosis de la medicación, cuántos días de medicación le quedan, el nombre de la persona que le recetó la medicación, y su seguro (First Choice VIP Care Plus).
- El Centro de Atención al Cliente le ofrecerá las opciones de envío disponibles para ayudar a acelerar el pedido del medicamento. El representante del Centro de Atención al Cliente confirmará la siguiente información con usted: 1) la opción que eligió para obtener un pedido rápido, 2) su dirección postal, 3) el momento estimado de entrega, y 4) un número de orden a modo de referencia y confirmación.
- Un pedido rápido puede incluir el envío al día siguiente hasta el envío en tres días. El método de envío depende de cuánta medicación le quede y de cuándo contacta al centro de atención al cliente de Walgreens. Para entrega al día siguiente, usted necesitará comunicarse con el Centro de atención al cliente de Walgreens hasta las 2 p.m., hora estándar del Este, de lunes a viernes.
- Es posible que Walgreens necesite ponerse en contacto con la persona que le prescribió el medicamento o con su seguro si su receta expiró, si se necesita una autorización o por otros motivos. Este tipo de información podría ser necesaria antes de que le envíen el pedido.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



- También es posible que el centro de atención al cliente de Walgreens pueda arreglar que usted reciba un suministro de medicamentos para el corto plazo mientras espera su envío por correo. Pregunte al representante del centro de atención al cliente de Walgreens sobre cómo conseguir un suministro para el corto plazo.
- Si usted no recibe su medicación por correo para cuando Walgreens dijo que llegaría, llame el Centro de atención al cliente de Walgreens al 1-800-345-1985. Presione "0" dos veces en el teléfono. Esté listo para responder algunas preguntas de identificación. Luego le conectarán con un representante.

## Proceso de pedido por correo

El servicio de pedidos por correo tiene procedimientos diferentes para las recetas nuevas que recibe de usted, recetas nuevas que recibe directo del consultorio de su proveedor y recargas de sus recetas por correo:

### 1. Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surtirá y entregará de manera automática las recetas nuevas que reciba de usted.

### 2. Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su proveedor

Después de que la farmacia reciba una receta médica de un proveedor médico, se comunicará con usted para averiguar si desea que el medicamento se surta inmediatamente o en otro momento.

- Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluidas la dosis, la cantidad y la presentación) y, si es necesario, permitirle detener o retrasar el pedido antes de que lo envíen.
- Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles qué hacer con la nueva receta médica y evitar cualquier demora en el envío.

### 3. Recargas de recetas pedidas por correo

Para las recargas, comuníquese con su farmacia 10 días hábiles antes de cuando crea que sus medicamentos se habrán acabado para asegurarse de que le envíen el próximo pedido a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de indicarles las mejores maneras de contactarlo.

Para que pueda recibir el pedido por correo, la farmacia necesita tener un número de teléfono válido en sus registros. Usted puede confirmar que su información está actualizada llamando por teléfono a la farmacia que presta el servicio de envío por correo, en su sitio de Internet o con la boleta de recarga que le dan con cada orden de recarga.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede conseguir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento que figuran en el Listado de medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los que usted toma de manera regular, para una enfermedad crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red permiten conseguir suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 61-100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. El *Directorio de Proveedores y Farmacias* le dice qué farmacias le pueden dar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, podrá usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan para conseguir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior para aprender sobre los servicios de pedidos por correo.

## A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red del plan

Generalmente, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no pueda usar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde le pueden surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.

Pagaremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Si las recetas médicas están relacionadas con una urgencia médica o atención de urgencia.
- Si usted no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna en nuestra área de servicios porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable que presten el servicio de atención las 24 horas.
- Si está intentando surtir un medicamento del cual por lo general no hay existencias en una red minorista accesible ni en farmacias que presten el servicio de pedidos por correo (incluidos los medicamentos de alto costo y los únicos).
- Si se trata de uno de los medicamentos que pueden estar cubiertos en el consultorio del médico.
- Cuando el gobierno declara un desastre o estado de emergencia federal, permitimos el acceso a establecimientos fuera de la red para evitar la interrupción del servicio.

En estas situaciones, verifique primero con Servicios al Miembro para ver si hay una farmacia de la red cerca de usted.

## A9. Reintegro de pago por un medicamento bajo receta

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total cuando vaya a recibir sus medicamentos. Usted puede pedirnos el reembolso.

Para saber más al respecto, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 2.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



---

## B. Listado de medicamentos del plan

El plan tiene un Listado de medicamentos.

El plan selecciona los medicamentos para el Listado de medicamentos con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. El Listado de medicamentos también indica si hay normas que usted debe seguir para obtener sus medicamentos.

Generalmente, cubriremos un medicamento del Listado de medicamentos del plan siempre y cuando siga las normas que se explican en este capítulo.

### B1. Medicamentos en el Listado de medicamentos

El Listado de medicamentos incluye aquellos cubiertos bajo la Parte D de Medicare y algunos bajo receta y de venta libre, así como también artículos, cubiertos por sus beneficios de Medicaid de Healthy Connections.

El Listado de medicamentos incluye medicamentos de marca, genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos normales (por ejemplo, medicamentos que están basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En el listado de medicamentos, cuando hacemos referencia a “medicamentos”, esto podría hacer referencia a un medicamento o un producto biológico, como vacunas o insulina.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos normales, en lugar de contar con un genérico, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan igual que los medicamentos de marca o los productos biológicos y suelen costar menos. Se encuentran disponibles medicamentos genéricos que sustituyen a muchos medicamentos de marca. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

Generalmente, cubriremos un medicamento del Listado de medicamentos del plan siempre y cuando siga las normas que se explican en este capítulo.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos bajo receta y tienen la misma eficacia. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## B2. Cómo encontrar un medicamento en el Listado de medicamentos

Para saber si el medicamento que toma está en el Listado de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- Revise el Listado de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visite nuestro sitio web que se encuentra al final de la página. El Listado de medicamentos en el sitio de Internet es siempre la más actual.
- Llamar a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página para ver si un medicamento está en el Listado de medicamentos del plan o pedir una copia de la lista.
- Use nuestra “Herramientas de beneficios en tiempo real” en [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com) o llame a su coordinador de atención médica o a Servicios al Miembro. Con esta herramienta puede buscar medicamentos en el Listado de medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y de si hay medicamentos alternativos en el Listado de medicamentos que pudieran tratar la misma afección.
- Comunicarse con su coordinador de atención a través del **1-888-978-0862 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

## B3. Medicamentos que no están en el Listado de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos bajo receta. Algunos medicamentos no están en el Listado de medicamentos porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, nosotros decidimos no incluir cierto medicamento en el Listado de medicamentos.

First Choice VIP Care Plus no pagará los medicamentos incluidos en esta sección. Estos se llaman **medicamentos excluidos**. Si le dan una receta para un medicamento excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si considera que, en su caso, deberíamos pagar un medicamento excluido, puede apelar (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 6.)

Hay tres normas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de farmacia para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye la Parte D y los medicamentos de Medicaid de Healthy Connections) no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por las Partes A o B de Medicare. Los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare están cubiertos por First Choice VIP Care Plus gratuitamente, pero no se consideran parte de sus beneficios de cobertura de farmacia para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias médicas que lo aprueben como tratamiento para su enfermedad. Su médico podría recetar cierto medicamento para tratar

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



su enfermedad, aunque ese medicamento no haya sido aprobado para tratar la enfermedad. Esto se llama uso no indicado en la etiqueta. Generalmente, nuestro plan no cubre los medicamentos que sean recetados para usos no indicados en la etiqueta.

Además, por ley, los tipos de medicamentos indicados a continuación tampoco están cubiertos por Medicare ni Medicaid de Healthy Connections.

- medicamentos para promover la fertilidad
- medicamentos para aliviar la tos o los síntomas del resfrío
- medicamentos con fines cosméticos o para ayudar al crecimiento del cabello
- medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®
- medicamentos para pacientes ambulatorios cuando el fabricante dice que usted tiene que hacerse exámenes u obtener servicios que solo hacen ellos

#### **B4. Niveles del Listado de medicamentos**

Cada medicamento del Listado de medicamentos del plan está en uno de tres niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamento de marca, genérico o de venta libre).

- El Nivel 1 incluye medicamentos genéricos de la Parte D. El Nivel 1 es el nivel más bajo.
- El Nivel 2 incluye medicamentos de marca de la Parte D y algunos medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 incluye los medicamentos bajo receta de Medicaid de Healthy Connections (no de la Parte D) y medicamentos de venta libre (OTC). El Nivel 3 es el nivel más alto.

Para saber en qué nivel está su medicamento, busque el medicamento en el Listado de medicamentos del plan.

El Capítulo 6, Sección C, página 5, le indica la cantidad que usted deberá pagar por los medicamentos en cada nivel.

---

### **C. Límites en algunos medicamentos**

Hay normas especiales que limitan la manera y el tiempo en que el plan cubre ciertos medicamentos bajo receta. En general, nuestras normas le recomiendan que reciba un medicamento que funcione para su condición médica, que sea seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro y económico tiene la misma eficacia que un medicamento más caro, el plan espera que su proveedor use el medicamento más económico.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



**Si hay alguna norma especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrá que dar algunos pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que informarnos primero su diagnóstico o brindar los resultados de las pruebas de sangre. Si usted o su proveedor considera que nuestra norma no se aplica a su situación, debe pedirnos que hagamos una excepción. Podríamos aceptar o no que use el medicamento sin los pasos adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F3, página 27.

### **1. Límites para el uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando hay una versión genérica o biosimilar intercambiable**

Por lo general, un medicamento genérico o biosimilar intercambiable funciona igual que el medicamento de marca o producto biológico original y suele costar menos. Si hay una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica o biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no pagaremos el medicamento de marca o el producto biológico original si hay una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha informado de la razón médica por la que el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no funcionará para usted o ha escrito “Sin sustitutos” en su receta para un medicamento de marca o producto biológico original o nos ha informado de las razones médicas por las que ni el medicamento genérico ni el biosimilar intercambiable ni cualquier otro medicamento cubierto que trate la misma afección funcionará para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.

### **2. Obtener la aprobación del plan por adelantado**

Usted o su médico debe obtener la aprobación de First Choice VIP Care Plus para algunos medicamentos antes de que usted surta su receta. Es posible que First Choice VIP Care Plus no cubra el medicamento si usted no obtiene la aprobación.

### **3. Probar un medicamento diferente primero**

En general, el plan quiere que pruebe medicamentos más económicos (que muchas veces son tan eficaces como otros medicamentos más costosos) antes de cubrir los medicamentos más caros. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma enfermedad y el Medicamento A cuesta menos que el Medicamento B, es posible que el plan le pida que pruebe primero el Medicamento A.

Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Esto se llama terapia escalonada.

---

**Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al 1-888-978-0862 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).**



#### 4. Límites de cantidades

Nosotros limitamos la cantidad que podrá obtener de algunos medicamentos. Esto se llama límite de cantidades. Por ejemplo, el plan puede limitar qué cantidad de medicamento podrá recibir cada vez que surta su receta.

#### Averigüe si estas normas aplican a sus medicamentos

Para averiguar si alguna de estas normas se aplica a un medicamento que usted toma o quiere tomar, consulte el Listado de medicamentos. Para obtener la información más reciente, llame a Servicios al Miembro al número que figura al final de la página o vaya a nuestro sitio de Internet que también figura al pie.

---

### D. Razones por las cuales su medicamento podría no estar cubierto

Trataremos de que la cobertura de sus medicamentos funcione bien para usted. Sin embargo, a veces un medicamento podría no estar cubierto de la manera en que usted quisiera. Por ejemplo:

- El medicamento que quiere tomar no está cubierto por el plan. Tal vez el medicamento no está incluido en el Listado de medicamentos. Podría estar cubierta una versión genérica, pero no la versión de marca que quiere tomar. Un medicamento podría ser nuevo, y es posible que no lo hayamos examinado para saber si es seguro y eficaz.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o límites especiales a la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas que limitan su uso. En algunos casos, usted o quien le receta el medicamento pueden pedirnos una excepción a una norma.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que desea.

#### D1. Cómo conseguir un suministro temporal

En algunos casos, el plan podrá darle un suministro temporal de un medicamento si este no está incluido en el Listado de medicamentos o si tiene algún límite. Esto le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre cómo conseguir un medicamento diferente o cómo pedirle al plan que lo cubra.

**Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir estas dos normas:**

1. El medicamento que ha estado tomando:
  - ya no está incluido en el Listado de medicamentos del plan, o
  - nunca estuvo incluido en el Listado de medicamentos del plan, o
  - ahora tiene algún tipo de límite.
2. Usted debe estar en una de estas situaciones:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



- Estuvo en el plan el año pasado.
  - Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 180 días del año calendario.**
  - Este suministro temporal será de al menos 30 días para medicamentos de la Parte D, y de 90 días para recetas o insumos que no sean de la Parte D.
  - Si su receta está escrita para menos días, permitiremos varias renovaciones para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamentos de la Parte D o 90 días de medicamentos que no pertenecen a la Parte D. Deberá surtir su receta en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de cuidado a largo plazo pueden brindar sus medicamentos bajo receta en pequeñas cantidades cada vez para evitar desperdicios.
- Acaba de sumarse al plan.
  - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 180 días de su membresía en el plan.
  - Este suministro temporal será de al menos 30 días para medicamentos de la Parte D o 30 días para medicamentos o que no son de la Parte D. Si recibe atención a largo plazo, le proporcionaremos 31 días de medicamentos de la Parte D.
  - Si su receta es por menos días, permitiremos varias recargas para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Deberá surtir su receta en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de cuidado a largo plazo pueden brindar sus medicamentos bajo receta en pequeñas cantidades cada vez para evitar desperdicios.
- Usted ha estado en el plan más de 180 días y vive en un centro médico de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
  - Cubriremos un suministro para 31 días de la Parte D y 90 días de recetas y artículos que no sean de la Parte D, o menos si su receta es para menos días. Esto es además del suministro de transición a largo plazo mencionado arriba.

A los miembros que tengan un cambio en el nivel de atención médica (entorno) se les permitirá por única vez hasta 30 días de suministro de transición por medicamento sin importa qué tipo de receta sea. Por ejemplo, a miembros que:

- Ingresan a centros de cuidado a largo plazo (LTC) luego de recibir el alta en los hospitales a veces tienen un listado de medicamentos del formulario que le da el hospital al momento del alta y que tiene en cuenta una planificación a muy corto plazo (con frecuencia, menos de 8 horas).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



- Reciben el alta de un hospital y vuelven a su hogar.
- Finalizan su admisión hospitalaria en un establecimiento de enfermería especializada de la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y necesitan volver a su Listado de medicamentos de la Parte D.
- Terminan su admisión hospitalaria en un centro médico de cuidado a largo plazo y vuelven a la comunidad.

Si un miembro tiene más de un cambio de nivel de atención médica en un mes, la farmacia deberá llamar a nuestro plan para pedir una extensión de la política de transición.

## D2. Cómo pedir un suministro temporal

Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios al Miembro.

Cuando recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le termina. Estas son sus opciones:

- Puede cambiar de medicamento.

Puede haber un medicamento diferente cubierto por el plan que funcione para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro para pedir un listado de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección. El listado ayudará a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda servirle.

### O

- Puede pedir una excepción.

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento incluso si este no está en el Listado de medicamentos. O puede pedirle al plan que cubra el medicamento sin límites. Si su proveedor opina que usted tiene una buena razón médica para pedir una excepción, podrá ayudarlo a pedirla.

Para saber más sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección F, en la página 24.

Si necesita ayuda para pedir una excepción, puede llamar a Servicios al Miembro o a su coordinador de atención.

---

## E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1.º de enero. Sin embargo, First Choice VIP Care Plus podría agregar o quitar medicamentos del Listado de medicamentos durante el año. También es posible que cambiemos nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos hacer lo siguiente:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



- Decidir si un medicamento requiere o no requiere aprobación previa (AP). (Aprobación previa o AP es el permiso que otorga First Choice VIP Care Plus antes de que usted pueda obtener un medicamento.)
- Agregar o cambiar la cantidad que puede obtener de un medicamento (llamado límites de cantidades).
- Agregar o cambiar las restricciones de la terapia escalonada sobre un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre las normas de estos medicamentos, consulte la Sección C descrita antes en este capítulo.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, en general no retiramos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- se lance al mercado un medicamento nuevo más barato que funcione tan bien como el medicamento del Listado de medicamentos, o
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, o
- se retire un medicamento del mercado.

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia el Listado de medicamentos, siempre puede hacer lo siguiente:

- Consulte el Listado de medicamentos actualizada de First Choice VIP Care Plus en su sitio web que se encuentra en la parte inferior de la página o
- Llame a Servicios al Miembro al número que aparece en la parte inferior de la página.

Algunos cambios realizados en el Listado de medicamentos se aplican **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Empieza a estar disponible un nuevo medicamento genérico.** A veces, llega al mercado un nuevo medicamento genérico que funciona bien como medicamento de marca en el Listado de medicamentos ahora. Cuando esto ocurre, podemos eliminar el medicamento de marca y añadir el nuevo medicamento genérico, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo el mismo.
- Cuando agregamos el medicamento genérico nuevo, también es posible que mantengamos el medicamento de marca en el listado, pero que cambiemos las normas o los límites de su cobertura.
  - Es posible que no le informemos previamente sobre este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hemos realizado cuando suceda.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



- Usted o su proveedor puede pedir una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos a seguir para pedir la excepción. Consulte el Capítulo 9, Sección F, página 24 de este manual para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que un medicamento que usted está tomando no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, nosotros lo eliminaremos del Listado de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le avisaremos. Comuníquese con quien le recetó el medicamento si tiene alguna pregunta.

**Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma.** Le avisaremos con anticipación sobre estas modificaciones al Listado de medicamentos. Estos cambios pueden ocurrir en los siguientes casos:

- La FDA brinda nuevas guías o surgen guías clínicas nuevas sobre un medicamento.
- agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, y
  - reemplazamos un medicamento de marca que está en el Listado de medicamentos, o
  - Cambiamos las normas o límites de la cobertura del medicamento de marca.

Cuando estos cambios ocurran:

- Le informaremos al menos 30 días antes de que cambiemos el Listado de medicamentos, o
- Le informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite un resurtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que recete el medicamento. Lo ayudarán a decidir:

- Si hay un medicamento similar en el Listado de medicamentos con el que pueda reemplazarlo, o
- Si debe pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo pedir excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F, página 24.

**Es posible que realicemos cambios que no afecten a los medicamentos que toma ahora.** Para estos cambios, si está tomando un medicamento que fue cubierto a **principio** del año, por lo general no quitaremos o cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año.**

Por ejemplo, si retiramos un medicamento que está tomando o limitamos su uso, entonces el cambio no afectará a su uso del medicamento durante el resto del año.



---

## F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

### F1. Si está en un hospital o centro especializado de enfermería por una admisión hospitalaria que está cubierta por el plan

Si es admitido en un hospital o centro especializado de enfermería por una admisión hospitalaria cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos bajo receta durante su admisión hospitalaria. No tendrá que hacer ningún copago. Una vez que deje el hospital o centro especializado de enfermería, el plan cubrirá los medicamentos siempre que los medicamentos cumplan con todas las normas de cobertura.

### F2. Si está en un centro médico de cuidado a largo plazo

Por lo general, un centro médico de cuidado a largo plazo, como un hogar de ancianos, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si está viviendo en un centro médico de cuidado a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos bajo receta a través de la farmacia del centro médico si esta forma parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Proveedores y Farmacias* para saber si la farmacia de su centro médico de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es el caso o necesita más información, llame a Servicios al Miembro.

### F3. Si está en un programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare

Los medicamentos nunca son cubiertos por el plan de atención para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo.

- Si usted está inscrito en la atención para enfermos terminales de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., analgésicos, fármacos contra las náuseas, laxantes, o ansiolíticos) que no están cubiertos por la atención para enfermos terminales porque no se relacionan con su diagnóstico terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que receta el medicamento o del proveedor de atención para enfermos terminales que indique que el medicamento no está relacionado para que nuestro plan pueda cubrir el medicamento.
- Para evitar demoras para recibir cualquier medicamento sin relación con su enfermedad terminal que deba estar cubierto por nuestro plan, antes de pedir a la farmacia que surta el medicamento bajo receta, puede pedirle a su proveedor del plan de atención para enfermos terminales o a la persona que recetó el medicamento que se asegure de avisarnos que el medicamento no tiene relación con su enfermedad.

Si deja el plan de atención para enfermos terminales, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando terminen sus beneficios de atención para enfermos terminales de Medicare, deberá llevar a la farmacia documentos que prueben que dejó el plan de atención para enfermos terminales. Lea en las partes anteriores de este capítulo sobre las normas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



Para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos, consulte el Capítulo 4, Sección D, página 5.

---

## **G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos**

### **G1. Programas para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos de manera segura**

Cada vez que surta una receta, verificaremos que no haya problemas como los siguientes:

- medicamentos que pueden ser innecesarios porque está tomando otros para tratar la misma afección médica
- medicamentos que quizás no son seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- medicamentos que tienen ingredientes a los que es alérgico o puede serlo.
- medicamentos que tienen cantidades no seguras de analgésicos opiáceos.

Si encontramos algún posible problema en su uso de medicamentos bajo receta, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.

### **G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos**

Si toma medicamentos para diferentes afecciones médicas y / o está en un Programa de administración de medicamentos para ayudarlo a usar sus medicamentos opioides de manera segura, puede ser elegible para obtener servicios, sin costo para usted, a través de un programa de administración de terapia con medicamentos (MTM). Este programa los ayuda a usted y a su proveedor a garantizar que sus medicamentos funcionen para mejorar su salud. Si cualifica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión completa de todos sus medicamentos y le hablará sobre lo siguiente:

- cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma
- cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y sus reacciones.
- cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos.
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos bajo receta y de venta libre.

Usted recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos, que recomienda lo que usted puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos. También recibirá un listado personal de medicamentos que incluirá todos los que toma y por qué lo hace. Además, obtendrá información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



Se recomienda programar una revisión de sus medicamentos antes de su consulta de rutina anual para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su listado de medicamentos. Lleve su plan de acción y listado de medicamentos con usted a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores médicos. También lleve su listado de medicamentos si va al hospital o a la sala de urgencias.

Los programas de control de la terapia con medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros elegibles. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos y le enviaremos información. Si no quiere estar en el programa, avísenos y lo sacaremos.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención.

### **G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos**

First Choice VIP Care cuenta con un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos bajo receta u otros medicamentos que frecuentemente se abusan. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias o si recientemente tuvo una sobredosis con opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepínicos no es seguro, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Estas son algunas de las limitaciones:

- Exigirle que obtenga todas las recetas para esos medicamentos **de ciertas farmacias y/o de ciertos médicos**
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos para usted

Si decidimos que una o más de estas limitaciones deberían aplicarse a su caso, le enviaremos una carta de antemano. La carta le informará sobre si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si precisa las recetas para estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier información que considere importante que sepamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con que corre el riesgo de un uso indebido de medicamentos recetados o no está de acuerdo con la limitación, usted y su médico pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos nuestra decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones a su acceso a estos medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a una entidad revisora independiente (IRE) (Para saber cómo presentar una apelación y obtener más información sobre la IRE, consulte el Capítulo 9.)

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



Es posible que el DMP no aplique a su caso en los siguientes escenarios:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o drepanocitosis,
- recibe atención para enfermos terminales, cuidados paliativos o atención para fin de vida, o
- vive en un centro médico de cuidado a largo plazo.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.

## Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Healthy Connections Medicaid

---

### Introducción

Este capítulo le indica lo que paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Para “medicamentos”, nos referimos a:

- Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por Health Connections Medicaid, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que es elegible para Healthy Connections Medicaid, está recibiendo “Ayuda Extra” de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

**Ayuda Extra** es un programa de Medicare que ayuda a las personas de bajos ingresos y recursos a reducir los costos de medicamentos bajo receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Extra también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Para informarse más sobre los medicamentos recetados, puede buscar en estos lugares:

- El *Listado de medicamentos cubiertos* del plan.
  - Lo llamamos el “Listado de medicamentos”. Le informa:
    - Qué medicamentos paga el plan
    - ¿En cuál de los tres niveles se encuentra cada medicamento?
    - Si existen límites para los medicamentos
  - Si necesita una copia del Listado de medicamentos, llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de la página. También puede encontrar el Listado de medicamentos en nuestro sitio web que aparece al pie de la página. El Listado de medicamentos en el sitio web siempre está actualizada.
- El Capítulo 5 de este *Manual del Miembro*.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



- El Capítulo 5, Sección A, página 4 le indica cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.
- Incluye reglas que debe seguir. También le informa sobre qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- El **Directorio de proveedores y farmacias** del plan.
  - En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan.
  - El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene una lista de farmacias de la red. Puede leer más sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5, Sección A, página 4.
  - Cuando usa la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5 Sección B2), el coste que se muestra se proporciona en "tiempo real", lo que significa que el coste que se muestra en la herramienta refleja un momento para proporcionar una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede llamar a su coordinador de atención médica o Servicios al Miembro para más información.



## Tabla de contenidos

A. La <i>Explicación de beneficios</i> (EOB).....	4
B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos .....	4
C. No paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o para un período prolongado .....	5
C1. Los niveles de costo compartido del plan.....	5
C2. Sus opciones de farmacia.....	6
C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.....	6
C4. Lo que usted paga .....	7
D. Vacunas .....	8
D1. Lo que necesita saber antes de vacunarse .....	8



---

## A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan realiza un seguimiento de sus medicamentos recetados. Realizamos un seguimiento de dos tipos de costos:

- Sus **costos de bolsillo**. Esta es la cantidad de dinero que usted u otras personas pagan en su nombre por sus recetas.
- Sus **costos totales de medicamentos**. Esta es la cantidad de dinero que usted u otras personas pagan en su nombre por sus recetas, más la cantidad que paga el plan.

Cuando obtiene medicamentos recetados a través del plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de beneficios*. Lo llamamos la EOB para abreviar. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye:

- **Información para el mes**. El resumen le dice qué medicamentos recetados obtuvo el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas pagaron por usted.
- **Información del “hasta la fecha”**. Estos son los costos totales de sus medicamentos y los pagos totales realizados por usted desde el 1 de enero.
- **Información del precio de los medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y el cambio en el porcentaje del precio del medicamento desde que se recetó.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando estén disponibles, aparecerán en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con la persona que lo recetó para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos efectuados por estos medicamentos no se incluirán en el total de sus gastos de bolsillo.
- Para averiguar cuáles medicamentos cubre nuestro plan, consulte su Listado de medicamentos.

---

## B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza, utilizamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Cómo nos puede ayudar:

### 1. Use su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando surta sus recetas médicas. Esto nos ayudará a saber qué recetas surte y cuánto paga.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## 2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Envíenos copias de los recibos de los medicamentos que pagó. Puede pedirnos que le reembolsemos el costo del medicamento.

A continuación, se indican algunas ocasiones en las que debe proporcionarnos copias de sus recibos:

- Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o mediante una tarjeta de descuento que no es parte de los beneficios de nuestro plan
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene en virtud del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando paga el precio total por un medicamento cubierto

Para saber cómo solicitarnos un reembolso por el medicamento, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 2.

## 3. Envíenos información sobre los pagos que otros hayan hecho por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones determinadas también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia con medicamentos para el SIDA, el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo.

## 4. Verifique las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que algo está mal o falta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro. Asegúrese de conservar estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

---

## C. No paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o para un período prolongado

Con First Choice VIP Care Plus, no paga nada por los medicamentos cubiertos siempre que siga las reglas del plan.

### C1. Los niveles de costo compartido del plan

Los niveles son grupos de medicamentos de nuestro Listado de medicamentos. Cada medicamento en el Listado de medicamentos del plan está en uno de tres (3) niveles. No tiene copagos por medicamentos recetados y de venta libre en el Listado de medicamentos de

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



First Choice VIP Care Plus. Para encontrar los niveles de sus medicamentos, puede buscar en el Listado de medicamentos.

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos cubiertos por la Parte D de Medicare. El copago es de \$0.
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos de marca de la Parte D de Medicare y algunos medicamentos genéricos. El copago es de \$0.
- Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por Healthy Connections Medicaid que no están cubiertos por Medicare. El copago es de \$0.

## C2. Sus opciones de farmacia

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

- en una farmacia de la red, **o**
- en una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A8, página 8 para saber cuándo lo haremos.

Para informarse más sobre estas opciones de farmacia, consulte el Capítulo 5, Sección A, página 4 de este manual y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

## C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surte su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro que dura hasta 100 días. No hay ningún costo para usted por un suministro a largo plazo.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección A, página 4 o el *Directorio de proveedores y farmacias*.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



### C4. Lo que usted paga

**Su parte del costo cuando obtiene un suministro para un mes o un suministro *prolongado* de un medicamento recetado cubierto de:**

	<b>Una farmacia de la red</b>  Un suministro para un mes o hasta 100 días	<b>El servicio de pedido por correo del plan</b>  Un suministro de 61-100 días	<b>Una farmacia de atención a largo plazo de la red</b>  Suministro de hasta 31 días	<b>Una farmacia fuera de la red</b>  Suministro de hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5, Sección A para obtener detalles.
<b>Nivel 1</b>  (Medicamentos genéricos de la Parte D)	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Nivel 2</b>  (Medicamentos de marca de la Parte D y algunos medicamentos genéricos)	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Nivel 3</b>  (Medicamentos recetados/de venta libre que no son de Medicare)	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



---

## D. Vacunas

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas** - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en el *Listado de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas adultas de la Parte D de Medicare sin costo para usted. Consulte el *Listado de medicamentos cubiertos (Formulario)* de su plan o contacte con los Servicios al Miembro para obtener detalles de la cobertura y de los costes compartidos sobre vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare tiene dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es por el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es por el costo de **darle la vacuna**. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna en forma de inyección que le administra su médico.

### D1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame primero a Servicios al Miembro cada vez que planee recibir una vacuna.

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacuna.
- Podemos informarle cómo mantener bajos sus costos mediante el uso de farmacias y proveedores de la red. Las **farmacias de la red** son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un **proveedor de la red** es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debe trabajar con First Choice VIP Care Plus para asegurarse de que usted no tenga costos iniciales por una vacuna de la Parte D.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

---

### Introducción

Este capítulo le indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También le informa cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

### Tabla de contenidos

A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos .....	2
B. Cómo enviar una solicitud de pago.....	4
C. Decisiones de cobertura.....	5
D. Apelaciones.....	5



---

## A. Cómo solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

No debería recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan los servicios y medicamentos que ya recibió. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

**Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, envíenos la factura.** Para enviarnos una factura, consulte la Sección B, página 4.

- Si los servicios o medicamentos están cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y ya pagó la factura, tiene derecho a que le devuelvan el dinero.
  - Si pagó por los servicios cubiertos por Medicare, se lo reembolsaremos.
  - Si pagó por los servicios cubiertos por Healthy Connections Medicaid, no podemos reembolsarle el dinero, pero el proveedor sí lo hará. Servicios al Miembro o el defensor de Healthy Connections Prime le ayudará a contactarse con el consultorio del proveedor. Consulte la parte inferior de la página y el Capítulo 2, Sección H, página 12 para conocer sus números de teléfono.
- Si los servicios o medicamentos no están cubiertos, se lo informaremos.

Si tiene alguna pregunta, contacte con Servicios al Miembro o su coordinador de atención médica. Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

A continuación, se muestran ejemplos de ocasiones en las que es posible que deba pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que recibió:

### 1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red

Debe pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, necesita solicitarnos el reembolso. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no debe. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
  - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos al proveedor directamente.
  - Si usted ya ha pagado por el servicio, le devolveremos el dinero.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## 2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de First Choice VIP Care Plus cuando reciba cualquier servicio o medicamento recetado. La facturación incorrecta o inapropiada ocurre cuando un proveedor le factura a usted un monto mayor al costo compartido del plan por los servicios. **Llame a Servicios al Miembro si recibe facturas que no comprende.**

- Debido a que First Choice VIP Care Plus paga el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos por sus servicios cubiertos.

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

Si usa una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total de su receta médica.

- En solo unos pocos casos, cubriremos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso.
- Consulte el Capítulo 5, Sección A8, página 8 para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

## 4. Cuando paga el costo total de una receta médica porque no lleva su tarjeta de identificación de miembro del plan con usted

Si no lleva su tarjeta de identificación de miembro del plan con usted, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o que consulte su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información que necesita de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total de la receta médica.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso.



## 5. Cuando paga el costo total de una receta médica de un medicamento que no está cubierto

Puede pagar el costo total de la receta médica porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en el *Listado de medicamentos cubiertos* (Listado de medicamentos) del plan, o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que se aplique a su caso. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
  - Si no paga el medicamento pero cree que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9, Sección D, página 6).
  - Si usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas creen que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9, Sección E, página 10).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otro profesional que recete para reembolsarle el costo del medicamento.

Cuando usted nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento deben cubrirse. Esto se llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos por el servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.

Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 6.

---

## B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos su factura y comprobante de cualquier pago que haya realizado. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para sus registros.** Puede pedir ayuda a su coordinador de atención médica.

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

Para servicios médicos:	Para medicamentos:
First Choice VIP Care Plus P.O. Box 7107 London, KY 40742-7107	First Choice VIP Care Plus Attention: Direct Member Reimbursement P.O. Box 516 Essington, PA 19029

**Debe presentarnos su reclamo dentro de los 365 días** de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).



---

## C. Decisiones de cobertura

**Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si el plan cubre su atención médica o su medicamento.** También decidiremos la cantidad, si corresponde, que debe pagar por la atención médica o el medicamento.

- Le informaremos si necesitamos más información suya.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas para obtenerlos, lo pagaremos. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos un cheque por lo que pagó. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

El Capítulo 3, Sección B, página 3 explica las reglas para obtener sus servicios cubiertos. El Capítulo 5, sección A, página 4 explica las reglas para obtener la cobertura de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta explicando por qué no. La carta también explicará sus derechos a presentar una apelación.
- Para informarse más sobre la Organización para la mejora de la calidad, consulte el Capítulo 9, Sección D, página 6.

---

## D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le llama presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para informarse más sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.

- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte la página 10.
- Si quiere presentar una apelación para que le devuelvan el dinero por un medicamento, consulte la página 24.

---

**Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al 1-888-978-0862 (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).**



## Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

---

### Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

### Tabla de contenidos

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades .....	2
B. Nuestra responsabilidad es asegurarnos de que reciba acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	4
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI).....	5
C1. Cómo protegemos su PHI.....	5
C2. Tiene derecho a consultar sus registros médicos.....	5
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos.....	6
E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente .....	7
F. Tiene derecho a abandonar el plan en cualquier momento .....	7
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica .....	8
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica.....	8
G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo.....	9
G3. Qué hacer si no se respetan sus instrucciones.....	9
H. Su derecho a tener voz en cómo se opera el plan.....	10
I. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado .....	10
I1. Qué hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos .....	10
J. Sus responsabilidades como miembro del plan.....	11

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).



---

## A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades

Debe asegurarse de que **todos** los servicios se le proporcionen de forma competente y accesible culturalmente. También debemos informarle sobre las opciones, reglas y beneficios del plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame a Servicios al Miembro. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para responder las preguntas de los miembros en distintos idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales gratis en español y en formatos como letra grande, braille o audio.
- Puede solicitar obtener la información, ahora y en el futuro, en un idioma distinto del inglés o en un formato alternativo, simplemente llame a Servicios al Miembro al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. También le preguntaremos cuál es su preferencia en nuestra llamada de bienvenida y, más adelante en el año, cuando se comunique con el plan. El plan conservará su solicitud y continuará enviando documentos futuros en español o en el formato solicitado, a menos que nos pida que cancelemos o cambiemos la solicitud. Puede cancelar o cambiar su solicitud en cualquier momento, simplemente llamando a Servicios al Miembro. Las llamadas son gratuitas.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Medicaid al 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620)
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.
- También puede llamar directamente a Healthy Connections Medicaid para obtener ayuda con los problemas. A continuación, le indicamos cómo obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid:
  - Llame al defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Ellos pueden ayudarle a comprender el proceso de quejas y decirle quién puede ayudar. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## A. Usted tiene derecho a obtener información de una manera que se adapte a sus necesidades

- Tenemos la obligación de avisarle sobre las opciones, reglas y beneficios del plan, de una manera que usted pueda entenderlo. Tenemos la obligación de avisarle cuáles son sus derechos cada año que usted esté en nuestro plan.
- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicios al Miembro. Nuestro plan tiene personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas. Nuestro plan también tiene materiales impresos disponibles en español. También podemos darle información gratuita en Braille o en letras grandes. También podemos darle información en Braille o letra grande.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales sin cargo en español y en formatos como letra grande, Braille o audio. Para solicitar recibir información, ahora y en el futuro, en un idioma distinto del inglés o en otro formato, simplemente llame a Servicios al Miembro al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. También le preguntaremos cuál es su preferencia en nuestra llamada de bienvenida y cuando se comunique con el plan en otro momento del año. El plan conservará su solicitud y continuará enviando los documentos futuros en español o formato solicitados, a menos que nos solicite que cancelemos o cambiemos la solicitud. Puede cancelar o cambiar su solicitud en cualquier momento simplemente llamando a Servicios al Miembro. La llamada es gratuita.
- Si tiene alguna dificultad para recibir información de nuestro plan debido a problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas al día, siete días a la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades para oír o hablar) deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Medicaid al 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620)
- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.
- También puede llamar directamente a Healthy Connections Medicaid para que le ayuden con problemas. Lea abajo sobre cómo obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid:
  - Llame al defensor primario de Healthy Connections al 1-844-477-4632. Ellos pueden ayudarle a entender el proceso de quejas y le dirán quién puede ayudar. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



---

## B. Nuestra responsabilidad es asegurarnos de que reciba acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan:

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Puede encontrar más información sobre cómo elegir un PCP en el Capítulo 3, Sección D1, página 6.
  - Llame a Servicios al Miembro o busque en el Directorio de proveedores y farmacias para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos están aceptando nuevos pacientes.
- Tiene derecho a una red de proveedores de atención primaria y especializados que sean capaces de satisfacer sus necesidades, como ubicación física, comunicación y programación.
- Tiene derecho a utilizar un especialista en salud de la mujer sin obtener una referencia médica. Una referencia médica es la aprobación de su PCP para utilizar a alguien que no es su PCP.
- Tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período de tiempo razonable.
  - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
  - Si no puede obtener los servicios dentro de un período de tiempo razonable, tenemos que pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir los servicios de emergencia o atención que se necesiten con urgencia sin aprobación previa.
- Tiene derecho a que le surtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede utilizar un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3, Sección D4, página 10.

El Capítulo 9 le informa lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un período de tiempo razonable. El Capítulo 9 también le informa lo que puede hacer si le negamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).**

---

## C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)

Protegemos su información médica personal (PHI) según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Tiene derecho a obtener información y controlar cómo se usa su PHI. Le damos un aviso por escrito que le informa sobre estos derechos. El aviso se denomina "Aviso de prácticas de privacidad". El aviso también explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

### C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que personas no autorizadas no miren ni cambien sus registros.

Excepto en los casos que se mencionan a continuación, no proporcionamos su PHI a nadie que no le brinde atención o no pague por su atención. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. El permiso por escrito lo puede dar usted o alguien a quien usted le haya dado el poder legal para tomar decisiones en su nombre.

Existen algunas excepciones en las que no tenemos la obligación de obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por la ley.

- Estamos obligados a divulgar la PHI a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de nuestra atención.
- Estamos obligados a proporcionar su PHI a Medicare o Healthy Connections Medicaid. Si Medicare o Healthy Connections Medicaid divulga su PHI para investigación u otros usos, se hará de acuerdo con las leyes federales y estatales.

### C2. Tiene derecho a consultar sus registros médicos

Tiene derecho a ver sus registros médicos y obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle una tarifa razonable por realizar copias de sus registros médicos.

Tiene derecho a solicitar que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si solicita que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor médico para decidir si es necesario realizar los cambios.

Tiene derecho a saber si su PHI se ha compartido con otras personas y de qué manera.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios al Miembro.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



---

## D. Nuestra responsabilidad de brindarle información sobre el plan, sus proveedores de la red y sus servicios cubiertos

Como miembro de First Choice VIP Care Plus, tiene derecho a que le enviemos información. Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud. Para conseguir un intérprete, simplemente llámenos al **1-888-978-0862 (TTY 711)**. Este es un servicio gratuito. También tenemos materiales escritos disponibles en español. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

Si desea información sobre cualquiera de los siguientes, llame a Servicios al Miembro:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, que incluye:
  - información financiera
  - cómo han calificado el plan los miembros del plan
  - el número de apelaciones hechas por miembros.
  - cómo salir del plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluyen:
  - cómo elegir o cambiar de proveedores de atención primaria
  - cualificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
  - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
  - para obtener un listado de proveedores y farmacias de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores y farmacias. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicios al Miembro o visite nuestro sitio web que se encuentra en la parte inferior de la página.
- Servicios cubiertos (consulte los capítulos 3 y 4) y los medicamentos (consulte los capítulos 5 y 6) y las reglas que debe seguir, incluidas:
  - servicios y medicamentos cubiertos por el plan
  - límites a su cobertura y medicamentos
  - reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).**



- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el capítulo 9), incluido pedirnos:
  - poner por escrito por qué algo no está cubierto
  - cambiar una decisión que tomamos
  - pagar una factura que recibió

Como miembro de First Choice VIP Care Plus, tiene derecho a recibir información oportuna sobre cualquier cambio en el plan. Esto incluye obtener información por escrito incluida en sus materiales de orientación una vez al año y ser notificado de cualquier cambio importante en sus materiales de orientación 30 días antes de que ocurran esos cambios.

---

## **E. Incapacidad de los proveedores de la red para facturarle directamente**

Tienes derechos económicos. Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a pagar los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si pagamos menos de lo que nos cobró el proveedor. Para informarse sobre qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por los servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7, Sección A, página 2.

Tiene derecho a estar protegido contra el pago de cualquier tarifa por la que First Choice VIP Care Plus sea responsable.

Tiene derecho a que no se le cobre ningún costo compartido (copagos y deducibles) por los servicios de las Partes A y B de Medicare.

---

## **F. Tiene derecho a abandonar el plan en cualquier momento**

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si no lo desea.

- Tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Original Medicare o un plan Medicare Advantage.
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos recetados o de un plan Medicare Advantage.
- Si abandona el plan, obtendrá los beneficios de Healthy Connections Medicaid como solía hacerlo antes de inscribirse. Se ofrecerán a través de la tarifa por servicio de Healthy Connections Medicaid.
- Consulte el Capítulo 10, Sección D, página 3 para informarse más sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos recetados o Medicare Advantage.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



---

## G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

### G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones sobre su atención médica

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

- **Conozca su estado de salud.** Tiene derecho a tener información completa y precisa sobre su estado de salud.
- **Conozca sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todos los tipos de tratamiento.
- **Conozca los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre todos los tipos de tratamiento. Se le debe informar de antemano si el servicio o el tratamiento propuesto son parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.
- **Obtenga una segunda opinión.** Tiene derecho a acudir a otro médico antes de decidir el tratamiento.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que se quede. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, no se le dará de baja del plan. Por supuesto, si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar el medicamento, acepta toda la responsabilidad de lo que le sucede a su cuerpo en consecuencia.
- **Pídanos que le expliquemos por qué un proveedor denegó la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le ha negado la atención que cree que debería recibir.
- **Pídanos que cubramos un servicio o medicamento que fue denegado o que generalmente no está cubierto.** Esto se llama una “decisión de cobertura”. El Capítulo 9, Sección D, página 6 explica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.
- **Anímese a involucrar a los cuidadores y miembros de la familia en las discusiones y decisiones sobre el tratamiento.**
- **Ser informado con anticipación, por escrito, si lo transfieren a otro lugar de tratamiento y el motivo de esa transferencia.**

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## **G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo**

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que eso le suceda, puede:

- Completar un formulario escrito para **otorgarle a alguien el derecho a tomar decisiones de atención médica por usted.**
- **Dar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que puede utilizar para dar sus instrucciones se llama “**directiva anticipada**”. Existen diferentes tipos de última voluntad médica y tienen nombres distintos. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder notarial para la atención médica.

No es necesario que utilice una directiva anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que debe hacer:

- **Consigue el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, su coordinador de atención, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare o Healthy Connections Medicaid, como I-CARE (Programa estatal de seguro médico de South Carolina, o SHIP), también pueden tener formularios de directivas anticipadas.
- **Complételo y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar solicitar la ayuda de un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que necesiten saberlo.** Debe entregarle una copia del formulario a su médico. También debe entregarle una copia a la persona que designe para que tome las decisiones por usted. También puede entregar copias a amigos cercanos o familiares. No olvide conservar una copia en casa.
- Si va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene consigo.

Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección completar una directiva anticipada o no.

## **G3. Qué hacer si no se respetan sus instrucciones**

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante su coordinador de atención o el defensor de Healthy Connections Prime.



---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.

---

## H. Su derecho a tener voz en cómo se opera el plan

Si tiene comentarios sobre cómo funciona el plan en la actualidad, llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de la página para informarnos.

---

## I. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

El Capítulo 9 le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentarnos una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros hayan presentado contra nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios al Miembr.

### I1. Qué hacer si cree que lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos

Si cree que lo han tratado injustamente, y **no** se trata de discriminación por las razones enumeradas en el Capítulo 11 de este manual, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando a:

- Servicios al Miembro.
- I-CARE, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP). Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección D, página 7
- El defensor de Healthy Connections Prime. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección H, página 12.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Derechos y protecciones de Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)
- Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamara al 1-888-842-3620.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).**



---

## J. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se enumeran a continuación. Si tiene alguna duda, llame a Servicios al Miembro.

- **Lea el *Manual del Miembro*** para saber qué está cubierto y qué reglas debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre su:
  - Servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4. Esos capítulos le informan qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y cuánto paga.
  - Medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6.
- **Participe en un examen de salud inicial** al inscribirse en el plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección F, página 8 o llame a Servicios al Miembro.
- **Participe en una evaluación integral** dentro de los primeros 60 o 90 días de la inscripción. Para obtener más información, consulte el Capítulo 1, Sección F, página 8 o llame a Servicios al Miembro.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos recetados** que tenga. Debemos asegurarnos de que esté utilizando todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicios al Miembro si tiene otra cobertura.
- **Dígale a su médico y a otros proveedores médicos** que está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
  - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan todos los medicamentos que está tomando. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, no se olvide de hacerla. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta, vuelva a preguntar.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, los hospitales y los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Primas de la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para casi todos los miembros de First Choice VIP Care Plus, Healthy Connections Medicaid paga su prima de la Parte A y su prima de la Parte B.
- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos informe inmediatamente. Llame a Servicios al Miembro:
  - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener First Choice VIP Care Plus. El Capítulo 1, Sección D, página 6 le informa sobre nuestra área de servicio.
  - Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Podemos informarle si tenemos un plan en su área nueva.
  - Además, asegúrese de informar a Medicare y Healthy Connections Medicaid su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 para conocer los números de teléfono de Medicare y Healthy Connections Medicaid.
  - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Pagar los montos de recuperación del patrimonio después de su muerte**
  - La recuperación patrimonial es la cantidad que ciertos miembros deben a Healthy Connections Medicaid después de su muerte.
  - No le deberá dinero a nuestro plan, pero puede deber dinero a Healthy Connections Medicaid por los servicios que recibió antes de unirse a nuestro plan.
  - El plan no puede cobrar recuperaciones de patrimonio después de su muerte, pero notificaremos a Healthy Connections Medicaid que usted falleció.
  - Si debe dinero de Healthy Connections Medicaid cuando fallezca, el estado puede cobrar las recuperaciones del patrimonio del dinero o la propiedad que deje atrás.
- Llame a Servicios al Miembro para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.



## Capítulo 9: Qué hacer si usted tiene algún problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan ha dicho que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que haya tomado su plan sobre su atención.
- Cree que sus servicios cubiertos terminan demasiado pronto.

**Si tiene algún problema o inquietud, sólo necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación.** Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando.

### Si tiene un problema de salud o de servicios y apoyos a largo plazo

Debe obtener la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte de su plan de atención. **Si tiene un problema con su atención, puede llamar al defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632 para obtener ayuda.** Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratuita. Este capítulo explica las diferentes opciones que tiene para diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar al defensor de Healthy Connections Prime para que lo guíe a través de su problema.

El defensor de Healthy Connections Prime es el defensor del pueblo para South Carolina. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de comunicarse con ellos, consulte el Capítulo 2, Sección H, página 12 para obtener más información sobre los programas de defensores del pueblo.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## Tabla de contenidos

A. Qué hacer si tiene un problema.....	4
A1. Sobre los términos legales .....	4
B. Dónde llamar para pedir ayuda .....	4
B1. Dónde obtener más información y ayuda .....	4
C. Problemas con sus beneficios .....	6
C1. Usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja .....	6
D. Decisiones de cobertura y apelaciones .....	6
D1. Resumen de decisiones de cobertura y apelaciones .....	6
D2. Cómo obtener ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones.....	7
D3. Cómo usar la sección de este capítulo que le ayudará .....	8
E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D).....	10
E1. Cuándo usar esta sección.....	10
E2. Cómo solicitar decisiones de cobertura.....	11
E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D).....	13
E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D).....	18
E5. Problemas de pago .....	22
F. Medicamentos de la Parte D .....	24
F1. Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D .....	24
F2. Qué es una excepción.....	26
F3. Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones .....	27
F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción .....	28
F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D .....	31



F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D .....	34
G. Solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada.....	35
G1. Conocer sus derechos de Medicare .....	36
G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital.....	36
G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital.....	39
G4. ¿Qué sucede si no cumple con una fecha límite de apelación?.....	39
H. Qué hacer si cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto.....	42
H1. Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura.....	42
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención .....	43
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención .....	45
H4. ¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1 .....	46
I. Llevando su apelación más allá del Nivel 2 .....	48
I1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare .....	48
I2. Próximos pasos para los servicios y artículos de Healthy Connections Medicaid .....	49
J. Cómo presentar una queja .....	49
J1. ¿Qué tipo de problemas deberían ser quejas .....	49
J2. Quejas internas .....	51
J3. Quejas externas .....	52



---

## A. Qué hacer si tiene un problema

Este capítulo le indica qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pago. Medicare y Healthy Connections Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

### A1. Sobre los términos legales

Existen términos legales difíciles para algunas de las normas y fechas límite de este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que hemos utilizado palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Usamos las abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, diremos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad, por lo que también se los proporcionamos.

---

## B. Dónde llamar para pedir ayuda

### B1. Dónde obtener más información y ayuda

A veces puede resultar confuso iniciar o seguir el proceso para abordar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento necesario para dar el siguiente paso.

#### Cómo recibir ayuda del defensor de Healthy Connections Prime

Si necesita ayuda, siempre puede llamar al defensor de Healthy Connections Prime. El defensor de Healthy Connections Prime es un programa de defensor del pueblo que puede responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer para manejar su problema. El defensor de Healthy Connections Prime no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan médico. Pueden ayudarlo a comprender qué proceso utilizar. El número de teléfono del defensor de Healthy Connections Prime es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratuita y también lo son los servicios. Consulte el Capítulo 2, Sección H, página 12, informarse más sobre los programas de defensores del pueblo.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## **Puede obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Los consejeros de SHIP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer para manejar su problema. El SHIP no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. El SHIP tiene asesores en todos los estados y los servicios no tienen costo. En South Carolina, el SHIP se llama Asistencia de asesoramiento sobre seguros y referencias para ancianos (I-CARE). El número de teléfono de I-CARE es 1-800-868-9095 y su sitio web es: [aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud](http://aging.sc.gov/programs-initiatives/medicare-and-medicare-fraud). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratuita y también lo son los servicios.

### **Cómo recibir ayuda de Medicare**

Puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda con los problemas. Aquí hay dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

### **Cómo recibir ayuda de Medicaid de Healthy Connections**

Puede llamar directamente a Healthy Connections Medicaid para obtener ayuda con los problemas. Estas son algunas formas de obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid:

- Llame a Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. TTY: 1-888-842-3620. La llamada es gratuita.
- Consulte el sitio web de Healthy Connections Medicaid ([www.scdhhs.gov](http://www.scdhhs.gov)).

### **Cómo obtener ayuda de otros recursos**

Puede obtener ayuda de otros recursos como:

- Protección y defensa para personas con discapacidades (P&A) sin cargo al 1-866-275-7273. TTY: 1-866-232-4525.
- Servicios legales de South Carolina sin cargo al 1-888-346-5592.
- KEPRO Quality Improvement Organization (QIO) sin cargo al 1-888-317-0751 (TTY: 711) o [www.keproqio.com](http://www.keproqio.com).

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).



## C. Problemas con sus beneficios

### C1. Usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja

Si tiene algún problema o inquietud, sólo necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. El cuadro siguiente lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud se relaciona con los beneficios o la cobertura?	
(Esto incluye problemas sobre si una atención médica en particular (medicamentos, servicios y/o medicamentos bajo receta de la Parte B) están o no están cubiertos, la manera en que están cubiertos, y problemas relacionados con el pago por la atención médica.)	
Sí.	No.
Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.	Mi problema no es sobre beneficios o cobertura.
Consulte la <b>Sección D: “Decisiones de cobertura y apelaciones”</b> en la página 6.	Pase a la <b>Sección J: “Cómo presentar una queja”</b> en la página 49.

## D. Decisiones de cobertura y apelaciones

### D1. Resumen de decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso de consultar sobre las decisiones de cobertura y apelaciones trata con problemas relacionados con los beneficios y cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos bajo receta de la Parte B, incluido el pago).

#### ¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos.

Si usted o su médico no están seguros de si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Healthy Connections Medicaid, cualquiera de ustedes puede solicitar una decisión de cobertura antes de recibir el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).**



## ¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si cree que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que desea no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Healthy Connections Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelarla.

## D2. Cómo obtener ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones

### ¿A quién puedo llamar para obtener ayuda para solicitar decisiones de cobertura o presentar una apelación?

Puede pedir ayuda a cualquiera de estas personas:

- Llame a **Servicios al Miembro** al **1-888-978-0862 (TTY 711)**.
- Llame al **defensor de Healthy Connections Prime** para recibir ayuda gratuita. El defensor de Healthy Connections Prime ayuda a las personas inscritas en Healthy Connections Prime con problemas de servicio o facturación. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)**, conocido como I-CARE en South Carolina, para obtener ayuda gratuita. El SHIP es una organización independiente. No está relacionado con este plan. El número de teléfono es 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.
- Hable con un **amigo o familiar** y pídele que actúe en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario de “Designación de representante”. También puede obtener el formulario al visitar [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le otorga permiso a la persona para actuar en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).



- **También tiene derecho a pedirle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Si desea que un abogado lo represente, deberá completar el formulario de Designación de representante.
  - Sin embargo, **no es necesario que tenga un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para presentar una apelación.

### D3. Cómo usar la sección de este capítulo que le ayudará

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y fechas límite diferentes. Separamos este capítulo en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar las reglas que debe seguir. **Solo necesita leer la sección que se aplica a su problema:**

- **La Sección E en la página 10** le brinda información si tiene problemas con los servicios, artículos y medicamentos (pero **no** los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si: en la página 25 le brinda información sobre los medicamentos de la Parte D
  - No está recibiendo atención médica, y cree que nuestro plan cubre esta atención.
  - No aprobamos los servicios, artículos o medicamentos que su médico desea brindarle y usted cree que esta atención debe estar cubierta.
    - **NOTA:** Utilice la Sección E únicamente si estos son medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D. Los medicamentos del *Listado de medicamentos cubiertos*, también conocida como Lista de medicamentos en el Nivel 3, **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección F en la página 24 para las apelaciones de medicamentos de la Parte D.
  - Recibió atención o servicios médicos que cree que deberían estar cubiertos, pero nosotros no pagamos por esta atención.
  - Recibió y pagó servicios médicos o artículos que pensó que estaban cubiertos y desea solicitarnos un reembolso.
  - Se le informa que la cobertura de la atención que ha estado recibiendo se reducirá o interrumpirá y no está de acuerdo con nuestra decisión.
    - **NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es para la atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un establecimiento de enfermería especializada, o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), necesita leer una sección aparte de este capítulo porque corresponden normas especiales para este tipo de atención. Consulte las secciones G y H en las páginas 35 y 42.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



- Su solicitud de una decisión de cobertura podría ser desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Ejemplos de casos en los que podríamos desestimar su solicitud incluyen: si su solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud por usted, pero no ha proporcionado ninguna prueba de que usted esté de acuerdo con que realicen la solicitud, o si solicita que se retire la solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué, y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión es un proceso formal llamado apelación.
- La **Sección F en la página 24** le brinda información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si: en la página 25 le brinda información sobre los medicamentos de la Parte D
  - Quiere solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestro Listado de medicamentos.
  - Quiere solicitarnos que no apliquemos los límites sobre la cantidad de medicamento que puede obtener.
  - Quiere solicitarnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación o autorización previa.
  - No aprobamos su solicitud o excepción, y usted o su médico u otro recetador creen que deberíamos haberlo hecho.
  - Quiere pedirnos que paguemos por un medicamento recetado que ya compró. (Se trata de solicitar una decisión de cobertura sobre el pago).
- La **Sección G en la página 35** le brinda información sobre cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto. Utilice esta sección si:
  - Está en el hospital y cree que el médico le pidió que dejara el hospital demasiado pronto.
- La **Sección H en la página 42** le brinda información si cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de la página.

Si necesita otra ayuda o información, llame al defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.

---

## E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D)

### E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección trata sobre qué hacer si tiene problemas con sus beneficios para sus servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS). También puede usar esta sección para problemas con medicamentos que **no** están cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de la Parte B de Medicare. Los medicamentos del Listado de medicamentos del Nivel 3 **no** están cubiertos por la Parte D. Utilice la Sección F para las apelaciones de medicamentos de la Parte D.

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

1. Cree que cubrimos servicios médicos, servicios de salud conductual o servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) que necesita pero que no está recibiendo.

**Lo que puede hacer:** Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección E2 en la página 11 para obtener información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos la atención que su médico desea brindarle y cree que deberíamos haberlo hecho.

**Lo que puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención. Consulte la Sección E3 en la página 13 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Recibió servicios o artículos que cree que cubrimos, pero no pagaremos.

**Lo que puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección E3 en la página 13 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Recibió y pagó servicios o artículos que pensó que estaban cubiertos y desea que le reembolsemos los servicios o artículos.

**Lo que puede hacer:** Puede pedirnos el reembolso. Consulte la Sección E5 en la página 22 para obtener información sobre cómo solicitarnos un pago.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para un determinado servicio y no está de acuerdo con nuestra decisión.

**Lo que puede hacer:** Puede apelar nuestra decisión de reducir o detener el servicio. Consulte la Sección E3 en la página 13 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

**NOTA:** Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), se aplican reglas especiales. Lea las secciones G o H en las páginas 35 y 42 para obtener más información.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## E2. Cómo solicitar decisiones de cobertura

### Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener servicios médicos, salud conductual, servicios o apoyos a largo plazo (LTSS)

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o pídale a su representante o médico que nos pida una decisión.

- Puede llamarnos al: **1-888-978-0862 (TTY 711)**
- Puede enviarnos un fax al: **1-888-257-7960**
- Puede escribirnos al:

First Choice VIP Care Plus  
Departamento de Autorización Previa  
PO BOX 7107  
London, KY 40742-7107

### ¿Cuánto tiempo lleva obtener una decisión de cobertura?

Por lo general, toma hasta 14 días calendario después de que lo solicitó, a menos que su solicitud sea para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si no le damos nuestra decisión dentro de los 14 días calendario (o 72 horas para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare), puede apelar.

A veces, necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta para informarle que debemos tomarnos hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

### ¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápida?

**Sí.** Si necesita una respuesta más rápida debido a su salud, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas (o dentro de las 24 horas para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare).

Sin embargo, a veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta para informarle que debemos tomarnos hasta 14 días calendario más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

El **término legal** para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación acelerada**”.



**Solicitar una decisión de cobertura rápida:**

- Si solicita una decisión de cobertura rápida, comience por llamar o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que cubramos la atención que desea.
- Puede llamarnos al **1-888-978-0862 (TTY 711)** o enviarnos un fax al 1-888-257-7960. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección A, página 2.
- También puede hacer que su médico o su representante nos llamen.

**Estas son las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:**

Debe cumplir los dos requisitos siguientes para obtener una decisión de cobertura rápida:

1. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si solicita cobertura para atención médica o artículos médicos y/o servicios médicos que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió).
2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si la fecha límite estándar de 14 días calendario (o la fecha límite de 72 horas para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare) podría causar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar**.
  - Si su proveedor dice que necesita una decisión de cobertura rápida, automáticamente se la daremos.
  - Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el apoyo de su proveedor, decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.
    - Si decidimos que su afección no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. En su lugar, también usaremos el plazo estándar de 14 días calendario (o el plazo de 72 horas para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare).
    - Esta carta le dirá que, si su médico nos pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente tomaremos una decisión rápida de cobertura.
    - La carta también le informará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 49.



**Si la decisión de cobertura es No, ¿cómo lo sabré?**

Si la respuesta es **No**, le enviaremos una carta en la que le informaremos nuestras razones para decir que **No**.

- Si decimos **No**, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esta decisión presentando una apelación. Presentar una apelación significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (lea la siguiente sección para obtener más información).

**E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D)****¿Qué es una apelación?**

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si cree que cometimos un error. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. En todos los casos, debe comenzar su apelación en el Nivel 1.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelaciones, puede llamar al defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El defensor de Healthy Connections Prime o está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan médico.



## ¿Qué es una apelación de Nivel 1?

Una apelación de Nivel 1 es la primera apelación a nuestro plan. Revisaremos su decisión de cobertura para averiguar si es correcta. El revisor será alguien que no tomó la decisión de cobertura original. Cuando completemos la revisión, le daremos nuestra decisión por escrito.

Si le informamos después de nuestra revisión que el servicio o artículo no está cubierto, su caso puede pasar a una apelación de Nivel 2.

## ¿Cómo presento una apelación de Nivel 1?

- Para iniciar su apelación, usted, su médico, otro proveedor o su representante deben comunicarse con nosotros. Puede llamarnos al 1-888-978-0862 (TTY 711). Para obtener detalles adicionales sobre cómo comunicarse con nosotros para las apelaciones, consulte el Capítulo 2, Sección A, página 2.
- Puede solicitarnos una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si solicita una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.
  - Puede enviar una solicitud a la siguiente dirección:  
First Choice VIP Care Plus  
Attn: Appeals Department  
P.O. Box 80109,  
London, KY 40742-0109
  - También puede solicitar una apelación llamándonos al **1-888-978-0862 (TTY 711)**.

### A un vistazo: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden presentar su solicitud por escrito y enviarla por correo o fax. También puede solicitar una apelación llamándonos.

- Pregunte **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la decisión que está apelando. Si no cumple con la fecha límite por una buena razón, aún puede apelar.
- Si apela porque le informamos que un servicio que recibe actualmente será modificado o suspendido, **tiene menos días para apelar** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación.
- Siga leyendo esta sección para conocer qué fecha límite se aplica a su apelación.

**El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración acelerada”.**

## ¿Alguien más puede apelar por mí?

**Sí.** Su médico u otro proveedor pueden presentar la apelación por usted. Además, alguien además de su médico u otro proveedor puede presentar la apelación por usted, pero primero debe completar un formulario de Nombramiento de representante. El formulario le otorga permiso a otra persona para actuar en su nombre.

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



Si no recibimos este formulario y alguien estuviera actuando en su nombre, su solicitud de apelación se desestimarán. Si eso ocurriera, usted tiene derecho a que otra persona revise nuestra decisión de desestimar su apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito que explica su derecho a solicitar a la Organización de revisión independiente que revise la decisión de desestimar su apelación.

Para obtener un formulario de Nombramiento de representante, llame a Servicios al Miembro y solicite uno, o visite [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o nuestro sitio web [www.firstchoicevipcareplus.com/member/english/2024/resources/forms.aspx](http://www.firstchoicevipcareplus.com/member/english/2024/resources/forms.aspx).

**Si la apelación proviene de alguien que no sea usted o su médico u otro proveedor**, debemos obtener el formulario de Nombramiento de representante completo antes de que podamos revisar la apelación.

### ¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Debe solicitar una apelación **dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

Si pierde este plazo y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una buena razón son: tuvo una enfermedad grave o le proporcionamos información incorrecta sobre la fecha límite para solicitar una apelación. Debe explicar la razón por la que su apelación se atrasa cuando presente su apelación.

**NOTA:** Si apela porque le informamos que un servicio que recibe actualmente será modificado o suspendido, **tiene menos días para apelar** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?” en la página 42 para obtener más información.

### ¿Puedo obtener una copia del archivo de mi caso?

**Sí.** Solicite una copia gratuita llamando a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página.

### ¿Puede mi médico brindarle más información sobre mi apelación?

**Sí,** usted y su médico pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

### ¿Cómo tomaremos la decisión de apelación?

Analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Luego, verificamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos **No** a su solicitud. El revisor será alguien que no tomó la decisión original.

Si necesitamos más información, es posible que se la solicitemos a usted o a su médico.



### ¿Cuándo me enteraré de una decisión de apelación “estándar”?

Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación (o dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare). Le daremos nuestra decisión antes si su condición médica así lo requiere.

- Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más. Si decidimos que necesitamos tomarnos más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta que explica por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que no debemos tomar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 49.
- Si no le damos una respuesta a su apelación dentro de los 30 días calendario (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare) o al final de los días adicionales (si los tomamos), enviaremos automáticamente su caso para una apelación externa si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 18.

**Si nuestra respuesta es Sí** a todo o parte de lo que solicitó, debemos aprobar o brindar la cobertura dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación (o dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare).

**Si nuestra respuesta es No** a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 18.

### ¿Cuándo me enteraré de una decisión de apelación “rápida”?

Si solicita una apelación rápida, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



- Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomarnos más días para tomar la decisión, le enviaremos una carta que explica por qué necesitamos más tiempo. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento bajo receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que no debemos tomar más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 49.
- Si no le damos una respuesta a su apelación dentro de las 72 horas o al final de los días adicionales (si los aceptamos), enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones si su problema es sobre la cobertura de un Servicio o artículo de Medicare. Se le notificará cuando esto suceda. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 18.

**Si nuestra respuesta es Sí** a todo o parte de lo que solicitó, debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.

**Si nuestra respuesta es No** a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de nivel 2, consulte la Sección E4 en la página 18.

### ¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 1?

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio que fue previamente aprobado, le enviaremos un aviso al menos 10 días calendario antes de tomar la medida. Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una Apelación de Nivel 1 y solicitar que continuemos con sus beneficios mientras la apelación está pendiente. Debe **hacer la solicitud en o antes de la última de las siguientes opciones** para continuar con sus beneficios:

- Dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de envío por correo de nuestro aviso de acción; o
- La fecha de vigencia prevista de la acción.

Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio en disputa mientras se procesa su apelación. Si sus beneficios continúan y el resultado final de la apelación confirma nuestra acción, podemos recuperar el costo de los servicios que se le proporcionaron mientras la apelación estaba pendiente.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## **E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D)**

### **Si el plan dice No en el Nivel 1, ¿qué sucede a continuación?**

Si decimos **No** a una parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informará si el servicio o artículo generalmente está cubierto por Medicare y/o Healthy Connections Medicaid.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo de **Medicare**, automáticamente recibirá una apelación de Nivel 2 con la Entidad de revisión independiente (IRE) tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo de **Healthy Connections Medicaid**, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo ante la División de Apelaciones y Audiencias. La carta le dirá cómo hacer esto. La información también se encuentra a continuación.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar cubierto tanto por Medicare como por **Healthy Connections Medicaid**, automáticamente obtendrá una apelación de Nivel 2 ante la IRE para una revisión con respecto a la cobertura de Medicare. También puede solicitar una apelación de nivel 2 con la División de Apelaciones y Audiencias para una revisión con respecto a la cobertura de Medicaid.

### **¿Qué es una apelación de Nivel 2?**

Una apelación de nivel 2 es la segunda apelación, que realiza una organización independiente que no está relacionada con el plan. Es la Entidad de revisión independiente (IRE) o la División de Apelaciones y Audiencias. La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No es una agencia gubernamental. Medicare supervisa su trabajo.

### **Mi problema es sobre un servicio o artículo de Healthy Connections Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una apelación de Nivel 2?**

Una apelación de Nivel 2 para los servicios y artículos de Healthy Connections Medicaid se denomina "Audiencia justa estatal".

Si desea solicitar una audiencia justa estatal, debe comunicarse con la División de Apelaciones y Audiencias por escrito. Debe solicitar una audiencia justa estatal dentro de los 120 días calendario posteriores a la fecha de nuestra decisión de Nivel 1, a menos que la División de Apelaciones y Audiencias le extienda el plazo.

Puede solicitar una audiencia estatal imparcial presentando su solicitud en línea en [msp.scdhhs.gov/appeals](http://msp.scdhhs.gov/appeals).

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).



También puede entregar su solicitud en persona, enviarla por fax al 803-255-8206 o escribir a:

Division of Appeals and Hearings  
South Carolina Department of Health and Human Services  
P.O. Box 8206  
Columbia, SC 29202-8206

Si se concede una audiencia, la División de Apelaciones y Audiencias le enviará por correo un aviso con la hora, la fecha y el lugar de la audiencia. Durante la audiencia, un oficial de audiencia imparcial escuchará su explicación de por qué no está de acuerdo con nuestra acción. El oficial de audiencias también escuchará nuestra explicación de la acción tomada. El oficial de audiencias hará preguntas para obtener suficiente información para decidir si su caso se manejó correctamente.

- La División de Apelaciones y Audiencias debe darle una decisión de audiencia dentro de los 90 días calendario posteriores a la fecha en que presentó una apelación al plan.
- Si califica para una revisión rápida, la División de Apelaciones y Audiencias le dará una decisión de audiencia dentro de los 3 días hábiles.
  - Sin embargo, si la División de Apelaciones y Audiencias necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, puede demorar hasta 14 días calendario más.
  - Si la División de Apelaciones y Audiencias necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo notificará por carta.

### **Mi problema es sobre un servicio o artículo de Medicare. ¿Qué pasará en la apelación de Nivel 2?**

Una Entidad de revisión independiente (IRE) revisará detenidamente la decisión de Nivel 1 y decidirá si debe cambiarse.

- No es necesario que solicite la apelación de Nivel 2. Enviaremos automáticamente cualquier rechazo (total o parcial) a la IRE. Se le notificará cuando esto suceda
- La IRE es contratada por Medicare y no está relacionada con este plan.
- Puede solicitar una copia de su expediente llamando a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de la página.

La IRE debe darle una respuesta a su apelación externa dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación (o dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare). Esta regla se aplica si envió su apelación antes de recibir servicios o artículos médicos.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



- Sin embargo, si la IRE necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, puede demorar hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo notificará por carta. La IRE no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, automáticamente tendrá una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, puede demorar hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo notificará por carta. La IRE no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

### **¿Qué sucede si mi servicio o artículo está cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid?**

Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid, enviaremos automáticamente su apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente para una revisión con respecto a la cobertura de Medicare. También puede presentar una apelación de Nivel 2 a la División de Apelaciones y Audiencias para una revisión con respecto a la cobertura de Healthy Connections Medicaid. Siga las instrucciones de la página 21.

### **¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?**

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio que fue previamente aprobado, puede solicitar continuar con sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 2 en algunos casos.

- Si su problema es sobre un servicio cubierto por Medicare, sus beneficios por ese servicio no continuarán durante la Apelación de Nivel 2 con la Entidad de revisión independiente.
- Si su problema es sobre un servicio cubierto por Healthy Connections Medicaid (incluido un servicio cubierto tanto por Medicare como por Healthy Connections Medicaid), puede solicitar que sus beneficios para ese servicio continúen durante la Apelación de Nivel 2 con la División de Apelaciones y Audiencias. Debe hacer la solicitud en o antes de la última de las siguientes opciones para continuar con sus beneficios:
  - Dentro de los 10 días calendario posteriores a la decisión de la apelación de Nivel 1 del plan; ○

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



- La fecha de vigencia prevista de la acción.
- Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio en disputa mientras se procesa su apelación. Si sus beneficios continúan y el resultado final de la apelación confirma nuestra acción, podemos recuperar el costo de los servicios que se le proporcionaron mientras la apelación estaba pendiente.

### ¿Cómo me enteraré de la decisión?

Si su apelación de Nivel 2 fue a la División de Apelaciones y Audiencias, le enviarán una carta explicando su decisión.

- Si la División de Apelaciones y Audiencias dice **Sí** a parte o todo lo que solicitó, debemos autorizar la cobertura dentro de las 72 horas.
- Si la División de Apelaciones y Audiencias dice **No** a parte o todo lo que solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

Si su apelación de Nivel 2 fue a la Entidad de revisión independiente (IRE), le enviará una carta explicando su decisión.

- Si la IRE dice **Sí** a todo o parte de lo que solicitó en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o brindarle el servicio o artículo dentro de los 14 días calendario a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo dentro de las 72 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice **Sí** a parte o todo lo que solicitó en su apelación estándar para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice **No** a todo o parte de lo que solicitó, significa que está de acuerdo con la decisión de la apelación de Nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

### ¿Qué sucede si apelé tanto a la Entidad de revisión independiente como a la División de apelaciones y audiencias y tienen decisiones diferentes?

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).**



Si la Entidad de revisión independiente o la División de Apelaciones y Audiencias deciden **Sí** para todo o parte de lo que solicitó, le brindaremos el servicio o artículo aprobado que se acerque más a lo que solicitó en su apelación.

### **Si la decisión es No para todo o parte de lo que solicitó, ¿puedo presentar otra apelación?**

Si su apelación de Nivel 2 fue a la División de Apelaciones y Audiencias, y no está de acuerdo con la decisión del oficial de audiencias, puede presentar una apelación ante el Tribunal de Derecho Administrativo. Debe presentar esta apelación dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha en que se le notificó la decisión. Hay una tarifa para apelar.

Si su apelación de Nivel 2 fue a la Entidad de revisión independiente (IRE), puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza una cierta cantidad mínima. La carta que reciba de la IRE le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener.

Consulte la Sección I en la página 48 para obtener más información sobre niveles adicionales de apelación.

## **E5. Problemas de pago**

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen los servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **Usted no debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema.

Para obtener más información, comience por leer el Capítulo 7: “Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos”. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que puede necesitar pedir el reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También dice cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

### **¿Puedo pedirle que me devuelva el dinero por un servicio o artículo que pagué?**

Recuerde, si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, no debe pagar la factura usted mismo. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las reglas para obtener servicios y artículos.

Si solicita un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Averiguaremos si el servicio o artículo que pagó es un servicio o artículo cubierto y verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura.



- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por el servicio o artículo dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si aún no ha pagado el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, equivale a decir **Sí** a su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto, o si no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos por el servicio o artículo y explicando el motivo.

### ¿Qué pasa si decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección E3 en la página 13. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación.
- Si nos solicita un reembolso por un servicio o artículo que ya recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida.

Si respondemos **No** a su apelación y el servicio o artículo generalmente está cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso a la Entidad de revisión independiente (IRE). Le notificaremos por carta si esto sucede.

- Si la IRE revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si respondemos **Sí** a su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que nos solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.
- Si la IRE dice **No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (A esto se le llama "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación"). La carta que reciba le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un monto mínimo determinado. Consulte la Sección I en la página 48 para obtener más información sobre niveles adicionales de apelación.

Si respondemos **No** a su apelación y el servicio o artículo generalmente está cubierto por Healthy Connections Medicaid, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo (consulte la Sección E4 en la página 18).



## F. Medicamentos de la Parte D

### F1. Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos bajo receta. La mayoría de estos medicamentos son “medicamentos de la Parte D”. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que puede cubrir Healthy Connections Medicaid. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

El Listado de medicamentos incluye algunos medicamentos en el Nivel 3. Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o decisiones de cobertura sobre medicamentos del Nivel 3 siguen el proceso de la **Sección E** en la página 10.

#### ¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D?

**Sí.** Los siguientes son ejemplos de las decisiones de cobertura que usted nos solicita que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción como:
  - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en el Listado de medicamentos del plan
  - Nos solicita que no apliquemos una restricción del plan para la cobertura de un medicamento (como los límites en la cantidad de medicamento que puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en el Listado de medicamentos del plan, pero le pedimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos).

**NOTA:** Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir, recibirá un aviso que le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

- Nos solicita que paguemos un medicamento bajo receta que ya compró. Se trata de solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

**El término legal** para una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es “**determinación de cobertura**”.

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección explica cómo solicitar las decisiones de cobertura **y** cómo solicitar una apelación.

Use el cuadro a continuación para ayudarlo a decidir qué sección tiene información para su situación:

<b>¿En cuál de estas situaciones está?</b>			
<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestro Listado de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p><b>Puede pedirnos que hagamos una excepción.</b> (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la <b>Sección F2</b> en la página 25. Consulte también las Secciones F3 y F4 en las páginas 26 y 27.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento del Listado de medicamentos y cree que cumple con las normas o restricciones del plan (como obtener la aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?</p> <p><b>Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.</b></p> <p>Pase a la <b>Sección F4</b> en la página 28.</p>	<p>¿Quiere pedirnos que realicemos el reembolso por un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p><b>Puede pedirnos el reembolso.</b> (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Pase a la <b>Sección F4</b> en la página 28.</p>	<p>¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento en la forma en que querría que lo hiciéramos?</p> <p><b>Puede presentar una apelación.</b> (Esto significa que nos solicita que lo reconsideremos.)</p> <p>Pase a la <b>Sección F5</b> en la página 31.</p>



## F2. Qué es una excepción

Una excepción es el permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está en nuestro Listado de medicamentos o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en nuestro Listado de medicamentos o no está cubierto de la manera que le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una “excepción.”

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que receta medicamentos tendrán que explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción.

Estos son ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional que receta medicamentos pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestro Listado de medicamentos.
2. Eliminar una restricción a nuestra cobertura. Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestro Listado de medicamentos (para informarse más, consulte el Capítulo 5, Sección B, página 9).
  - Las normas y restricciones adicionales para la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
    - Tener la obligación de usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
    - Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. (Esto a veces se llama “autorización previa”. (AP))
    - Tener que probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando. (Esto a veces se llama “terapia escalonada”.)
    - Límites a la cantidad Nosotros limitamos la cantidad que podrá obtener de algunos medicamentos.

**El término legal** para solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una “**excepción al formulario**”.



### F3. Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

#### Su médico u otro recetador debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que recete deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si incluye esta información de su médico u otro profesional que receta cuando solicita la excepción.

Por lo general, nuestro Listado de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estos se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo sería tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

#### Aceptaremos o rechazaremos su solicitud para una excepción

- Si respondemos **Sí** a su solicitud para una excepción, la excepción generalmente dura hasta el final del año calendario. Este es el caso siempre y cuando su médico siga recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si decimos **No** a su solicitud para una excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. La Sección F5 en la página 31 explica cómo presentar una apelación si decimos **No**.

La sección siguiente explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.



## F4. Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o el reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción

### Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Llámenos, escribanos o envíenos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que recete) pueden hacerlo. Puede llamarnos al **1-888-978-0862 (TTY 711)**. incluya su nombre, información de contacto, e información sobre la reclamación.
- Usted o su médico (u otro profesional que recete) u otra persona que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. También puede tener a un abogado que actúe en su nombre.
- Lea la Sección D en la página 6 para averiguar cómo otorgar permiso a otra persona para que actúe como su representante.
- No es necesario que le dé a su médico u otra persona autorizada para recetar un permiso por escrito para solicitarnos una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento, lea el Capítulo 7, Sección A, página 2 de este manual. El Capítulo 7 describe las ocasiones en las que es posible que deba solicitar un reembolso.

También indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que ya ha pagado.

- Si usted está solicitando una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”. Su médico u otro profesional que recete deben darnos los motivos médicos para la excepción del medicamento. A esto lo llamamos “declaración de respaldo”.
- Su médico u otro profesional que receta el medicamento pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otro profesional que recete pueden informarnos por teléfono y luego enviarnos una declaración por fax o por correo postal.

### A un vistazo: cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento o pago

Llámenos, escribanos o envíenos un fax para preguntar, o pídale a su representante, médico u otro profesional que recete que lo haga. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar dentro de las 72 horas. Le daremos una respuesta sobre el reembolso de un medicamento de la Parte D que ya pagó en un plazo de 14 días calendario.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo de su médico u otro profesional que recete.
- Usted, su médico u otro profesional que recete pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas generalmente se toman dentro de las 24 horas.)
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información sobre las fechas límites de decisión.



**Si su salud lo requiere, solicítenos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”**

Usaremos las “fechas límite estándar” a menos que hayamos acordado utilizar las “fechas límite rápidas”.

- Una **decisión estándar de cobertura** significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a recibir la declaración de su médico.

**El término legal** para “decisión de cobertura rápida” es **“determinación de cobertura acelerada”**.

Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si está solicitando un medicamento que aún no ha recibido**. (Usted no puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.)

Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si utiliza las fechas límites estándar podría perjudicar gravemente su salud o dañar su capacidad de funcionar**.

Si su médico u otro profesional que recete nos informa que su salud exige una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida, y la carta se lo informará.

- Si usted solicita la decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otro profesional que recete), decidiremos si su salud exige que le demos una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usaremos las fechas límites estándar en su lugar.
  - Le enviaremos una carta informándole eso. La carta le dirá cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar.
  - Puede presentar una “queja rápida” y obtener una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección J en la página 49.

**Fecha límites para una “decisión de cobertura rápida”**

- Si estamos utilizando las fechas límites rápidas, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas. Esto significa dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud. O, si solicita una excepción, esto significa dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico o profesional que recete que respalda su solicitud. Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud lo requiere.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



- Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a todo o parte de lo que solicitó, debemos brindarle la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de su médico o recetador que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es No** a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué dijimos que **No**. La carta también explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

### **Fechas límites para una "decisión de cobertura estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido**

- Si usamos las fechas límites estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. O, si solicita una excepción, esto significa dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico o recetador. Le daremos nuestra respuesta con más rapidez si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a todo o parte de lo que solicitó, debemos aprobar o brindar la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o, si solicita una excepción, la declaración de respaldo de su médico o profesional que recete.
- **Si nuestra respuesta es No** a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué dijimos que **No**. La carta también explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

### **Fechas límites para una "decisión de cobertura estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró**

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a todo o parte de lo que solicitó, le haremos el pago dentro de los 14 días calendario.



- **Si nuestra respuesta es No** a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué dijimos que **No**. La carta también explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

## F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para iniciar su apelación, usted, su médico u otro recetador o su representante deben comunicarse con nosotros. Incluya su nombre, información de contacto, e información relacionados con su reclamación.
- Si solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación enviando una solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos al **1-888-978-0862 (TTY: 711)**.
- Si desea una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos.
- Haga su solicitud de apelación **dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso que le enviamos para informarle nuestra decisión. Si pierde este plazo y tiene un buen motivo que lo justifique, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Por ejemplo, una buena razón para no cumplir con la fecha límite sería si tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre su apelación. Para solicitar una copia, llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página.

### A un vistazo: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Usted, su médico o profesional que recete, o su representante pueden presentar su solicitud por escrito y enviarla por correo postal o fax. También puede solicitar una apelación llamándonos.

- Pregunte **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la decisión que está apelando. Si no cumple con la fecha límite por una buena razón, aún puede apelar.
- Usted, su médico o profesional que recete, o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información sobre las fechas límites de decisión.

**El término legal** para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D es “**redeterminación**” del plan.

Si lo desea, usted y su médico, u otro profesional que receta el medicamento, pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



**Si su salud lo exige, pida una “apelación rápida”**

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que recete, tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección F4 en la página 28.

**El término legal para "apelación rápida" es "redeterminación acelerada".**

**Nuestro plan revisará su apelación y le informará nuestra decisión**

- Volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos **No** a su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico, u otro profesional que receta el medicamento para obtener más información. El revisor será alguien que no tomó la decisión de cobertura original.

**Fechas límites para una “apelación rápida”**

- Si usamos los plazos rápidos, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a todo o parte de lo que solicitó, debemos brindar la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué dijimos que **No**.



**Fechas límites para una “apelación estándar”**

- Si usamos las fechas límites estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación, o antes si su salud lo requiere, excepto si nos solicita el reembolso de un medicamento que ya compró. Si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si usted cree que su salud lo exige, debe solicitarnos una “apelación rápida”.
- Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, o 14 días calendario si nos pidió que le reembolsemos un medicamento que ya compró, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a todo o parte de lo que solicitó:
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar 7 días calendario después de recibir su apelación o 14 días calendario si nos pidió que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
  - Si aprobamos la solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique por qué dijimos que **No** y cómo apelar nuestra decisión.



## F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si **rechazamos** una parte o la totalidad de su apelación, puede elegir si acepta esta decisión o presenta otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, su solicitud de apelación debe ser por escrito. La carta que enviamos sobre nuestra decisión en la apelación de Nivel 1 explicará cómo solicitar la apelación de Nivel 2.
- Cuando presente una apelación ante la IRE, les enviaremos el expediente de su caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso llamando a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página.
- Tiene derecho a brindarle a la IRE otra información para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con este plan y no es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta explicando su decisión.

### A un vistazo: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si desea que la Entidad de revisión independiente revise su caso, su solicitud de apelación debe ser por escrito.

- Pregunte **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la decisión que está apelando. Si no cumple con la fecha límite por una buena razón, aún puede apelar.
- Usted, su médico u otro profesional que recete, o su representante pueden solicitar la apelación de Nivel 2.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que califica para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información sobre las fechas límites de decisión.

**El término legal** para una apelación ante la IRE sobre un medicamento de la Parte D es “reconsideración”.

### Fechas límites para la “apelación rápida” en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de revisión independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, la organización de revisión debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a recibir su solicitud de apelación.
- Si la IRE dice **Sí** a parte o todo lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## Fechas límites para la “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación, o 14 días calendario si nos pidió que le reembolsemos una droga que ya compraste.
  - Si la IRE dice **Sí** a parte o todo lo que solicitó, debemos autorizar o brindarle la cobertura de medicamentos dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la decisión.
  - Si la IRE aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la decisión.

### ¿Qué sucede si la Entidad de revisión independiente dice No a su apelación de Nivel 2?

**No** significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. A esto se le llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si desea pasar al Nivel 3 del proceso de apelaciones, los medicamentos que solicita deben cumplir con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor que el mínimo, no puede apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar una apelación de Nivel 3. La carta que reciba de la IRE le informará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

---

## G. Solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada

Cuando lo admiten en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios cubiertos de hospital necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su admisión hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que salga del hospital. También ayudarán a arreglar la atención que puede necesitar después de salir.

- El día que usted deja el hospital se llama su "fecha de alta".
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una admisión hospitalaria más prolongada. Esta sección explica cómo solicitarla.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## G1. Conocer sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su admisión en el hospital, un asistente social o enfermero le dará un aviso llamado "Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos". Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. El "Mensaje importante" le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:

- Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Tener derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Ser parte de cualquier decisión sobre la duración de su estadía en el hospital.
- Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Presentar una apelación si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos. Firmar el aviso **no** significa que está de acuerdo con la fecha de alta que le pudo haber dicho su médico o el personal del hospita.

Conserve su copia del aviso firmado para que tenga la información en él si la necesita.

- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- También puede consultar el aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).
- Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro o a Medicare a los números que aparecen arriba.

## G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante más tiempo, debe solicitar una apelación. Una Organización para la mejora de la calidad realizará la revisión de la apelación de Nivel 1 para averiguar si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

En South Carolina, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO. Para presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 711).

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).



**¡Llame de inmediato!**

Llame a la Organización para la mejora de la calidad antes de salir del hospital y no más tarde de la fecha de alta planificada. “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” contiene información sobre cómo comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad.

- **Si llama antes de irse**, se le permite permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada sin pagar mientras espera recibir la decisión sobre su apelación de la Organización para la mejora de la calidad.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- **Si no cumple con la fecha límite** para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentar su apelación directamente a nuestro plan en su lugar. Para obtener detalles, consulte la Sección G4 en la página 39.

**A un vistazo: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital**

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-888-317-0751 y solicite una “revisión rápida”.

Llame antes de salir del hospital y antes de su fecha de alta planificada.

Queremos asegurarnos de que comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de la página. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP), conocido como I-CARE en South Carolina, al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede llamar al defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

**¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?**

Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

**Solicite una “revisión rápida”:**

Debe pedirle a la Organización para la Mejora de la Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que le está pidiendo a la organización que utilice los plazos rápidos para una apelación en lugar de utilizar los plazos estándar.

**El término legal para "revisión rápida" es "revisión inmediata".**

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



### ¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta planificada. No necesita preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores examinarán su expediente médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informan sobre su apelación, recibirá una carta con la fecha de alta planificada. La carta explica las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto que le den el alta en esa fecha.

**El término legal** para esta explicación escrita se llama "**Aviso detallado de alta**". Puede obtener una muestra llamando a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede consultar el aviso de muestra en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)

### ¿Qué sucede si aceptan la apelación?

- Si la Organización para la mejora de la calidad dice que **Sí** a su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

### ¿Qué sucede si rechazan la apelación?

- Si la Organización para la mejora de la calidad dice **No** a su apelación, significa que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día después de que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta.
- Si la Organización para la mejora de la calidad dice **No** y usted decide permanecer en el hospital, es posible que deba pagar por la continuación de su estadía en el hospital. El costo de la atención hospitalaria que posiblemente deba pagar comienza al mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta.
- Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha prevista de alta, usted puede presentar una apelación de Nivel 2.



### G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha prevista de alta, usted puede presentar una apelación de Nivel 2. Deberá volver a ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y solicitar otra revisión.

Solicite la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la mejora de la calidad dijo **No** a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión únicamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que la cobertura de la atención había terminado.

En South Carolina, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 711).

- Los revisores en la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad tomarán una decisión.

#### A un vistazo: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-888-317-0751 y solicite otra revisión.

#### ¿Qué sucede si aceptan la apelación?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha de su primera decisión de apelación. Debemos continuar proporcionando la cobertura de la atención hospitalaria siempre y cuando sea médicamente necesaria.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y pueden corresponder limitaciones a la cobertura.

#### ¿Qué sucede si rechazan la apelación?

Significa que la Organización para la mejora de la calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que reciba le dirá lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su estadía después de la fecha prevista de alta.

### G4. ¿Qué sucede si no cumple con una fecha límite de apelación?

Si no cumple con los plazos de apelación, existe otra forma de presentar apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, llamadas apelaciones alternativas. Pero los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## Apelación alternativa de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad (que es dentro de los 60 días o antes de su fecha de alta planificada, lo que ocurra primero), puede presentarnos una apelación y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debía dejar el hospital fue justa y si se siguieron todas las normas.
- Utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión. Esto significa que le daremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una “revisión rápida”.
- **Si aceptamos su revisión rápida,** significa que estamos de acuerdo en que aún necesita estar en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos cubriendo los servicios hospitalarios durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que la fecha prevista de alta era médicamente correcta. Nuestra cobertura para los servicios de hospitalización termina a partir del día que dijimos que su cobertura terminaría.
  - Si usted permaneció en el hospital *luego* de su fecha prevista de alta, entonces **es posible que tenga que pagar todos los gastos** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista de alta.
- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando denegamos su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de revisión independiente”. Cuando hacemos esto, significa que su caso pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

### A un vistazo: cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Llame a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página. Solicite una “revisión rápida” de la fecha de alta del hospital. La llamada es gratuita.

Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

**El término legal para "revisión rápida" o "apelación rápida" es "apelación acelerada".**

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## Apelación alternativa de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Enviaremos la información para su apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que le damos nuestra decisión de Nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección J en la página 49 explica cómo presentar una queja.

Durante la apelación de Nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando **rechazamos** su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

- La IRE realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores generalmente le dan una respuesta dentro de las 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una agencia de gobierno.
- Los revisores en la IRE analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación sobre el alta del hospital.
- Si la IRE dice **Sí** a su apelación, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar con nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Si la IRE dice **No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta hospitalaria planificada era médicamente apropiada.
- La carta que reciba de la IRE le dirá qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que está a cargo de un juez. Consulte la Sección I en la página 48 para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 3.

### A un vistazo: cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 2

No tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de revisión independiente.



---

## H. Qué hacer si cree que sus servicios de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) terminan demasiado pronto

Esta sección solo trata sobre los siguientes tipos de atención:

- Servicios de atención médica en el hogar
- Atención de enfermería especializada en un establecimiento de enfermería especializada.
- La atención de rehabilitación que está recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Generalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una cirugía mayor.
  - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico diga que los necesita.
  - Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos informarle antes de que finalicen sus servicios. Cuando la cobertura para esa atención finaliza, dejaremos de pagar por su atención.

Si usted cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección explica cómo solicitar una apelación.

### H1. Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Recibirá un aviso al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se denomina "Aviso de no cobertura de Medicare". El aviso escrito le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió. Firmarlo **no** significa que esté de acuerdo con el plan de que es hora de dejar de recibir la atención.

Cuando finalice su cobertura, dejaremos de pagar su atención.



## H2. Apelación de Nivel 1 para continuar con su atención

Si usted cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección explica cómo solicitar una apelación.

Antes de empezar su apelación, comprenda lo que tiene que hacer y cuáles son las fechas límites.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos que corresponden a las cosas que debe hacer. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo con los plazos, puede presentar una queja. La Sección J en la página 49 le indica cómo presentar una queja.)
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de la página. O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, conocido como I-CARE en South Carolina, al 1-800-868-9095.

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que tomamos. En South Carolina, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY 711): 711). La información sobre cómo apelar a la Organización para la mejora de la calidad también se encuentra en el Aviso de no cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando le dijeron que dejaríamos de cubrir su atención.

### A un vistazo: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para pedirle al plan que continúe con su atención

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-888-317-0751 y solicite una "apelación rápida".

Llame antes de salir de la agencia o centro médico que le brinda atención y antes de la fecha de alta programada.

### ¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

### ¿Qué debe solicitar?

Pídales una "apelación por la vía rápida". Ésta es una revisión independiente de si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



### ¿Cuál es su fecha límite para comunicarse con esta organización?

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad a más tardar al mediodía del día posterior a la recepción del aviso por escrito que le informa cuándo dejaremos de cubrir su atención.
- Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentar su apelación directamente ante nosotros en su lugar. Para obtener información sobre esta otra manera de realizar su apelación, consulte la Sección H4 en la página 46.

**El término legal** para el aviso escrito es "**Aviso de no cobertura de Medicare**". Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O consulte una copia en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BN](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BN)

### ¿Qué sucede durante la revisión de la Organización para la mejora de la calidad?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura de los servicios debería continuar. No necesita preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Cuando solicita una apelación, el plan debe escribirle una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad explicando por qué sus servicios deben finalizar.
- Los revisores también examinarán sus registros médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que les haya proporcionado nuestro plan.
- **Dentro de un día completo después de que los revisores tengan toda la información que necesitan, le informarán su decisión.** Recibirá una carta explicando la decisión.

**El término legal** para la carta que explica por qué sus servicios deben finalizar es "**Explicación detallada de no cobertura**".



### ¿Qué sucede si los revisores dicen Sí?

- Si los revisores dicen que **Sí** a su apelación, entonces debemos seguir brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

### ¿Qué sucede si los revisores dicen No?

- Si los revisores responden **No** a su apelación, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención.
- Si usted decide seguir recibiendo los servicios de cuidado médico domiciliario, la atención en un establecimiento de enfermería especializada o los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que su cobertura finaliza, entonces usted deberá pagar el costo total de esta atención por su cuenta.

## H3. Apelación de Nivel 2 para continuar con su atención

Si la Organización para la mejora de la calidad dijo **No** a la apelación y usted elige continuar recibiendo atención después de que finalice su cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Durante la apelación de Nivel 2, la Organización para la mejora de la calidad volverá a analizar la decisión que tomaron en el Nivel 1. Si dicen que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.

En South Carolina, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO. Puede comunicarse con KEPRO al 1-888-317-0751 (TTY: 711). Solicite la revisión de Nivel 2 **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para la mejora de la calidad dijo **No** a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión únicamente si continuó recibiendo atención después de la fecha en que la cobertura de la atención había terminado.

- Los revisores en la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para la mejora de la calidad tomará su decisión dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

#### A un vistazo: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para exigir que el plan cubra su atención por más tiempo

Llame a la Organización para la mejora de la calidad de su estado al 1-888-317-0751 y solicite otra revisión.

Llame antes de salir de la agencia o centro médico que le brinda atención y antes de la fecha de alta programada.



### ¿Qué sucede si la organización de revisión dice que Sí?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando** la cobertura de la atención siempre y cuando sea médicamente necesaria.

### ¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- La carta que reciba le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

## H4. ¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1

Si no cumple con los plazos de apelación, existe otra forma de presentar apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, llamadas apelaciones alternativas. Pero los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

### Apelación alternativa de Nivel 1 para continuar su atención por más tiempo

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, usted puede presentar una apelación ante nosotros y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o la atención que recibe en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). Verificamos si la decisión sobre cuándo deben finalizar sus servicios fue justa y siguió todas las reglas.
- Utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión. Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una “revisión rápida”.

#### A un vistazo: cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Llame a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página. Solicite una “revisión rápida”: La llamada es gratuita.

Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.



- **Si aceptamos** su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo en que seguiremos cubriendo sus servicios durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.
- **Si rechazamos** su revisión rápida, estamos diciendo que interrumpir sus servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura finaliza el día que dijimos que finalizaría.
  - Si continúa recibiendo los servicios después del día en que dijimos que dejarían de recibirlos, **es posible que deba pagar el costo total** de los servicios.

Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando denegamos su apelación rápida, enviaremos su apelación a la “Entidad de revisión independiente”. Cuando hacemos esto, significa que su caso pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

**El término legal** para "revisión rápida" o "apelación rápida" es "**apelación acelerada**".

### **Apelación alternativa de Nivel 2 para continuar su atención por más tiempo**

Enviaremos la información para su apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que le damos nuestra decisión de Nivel 1. Si cree que no estamos cumpliendo este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección J en la página 49 explica cómo presentar una queja.

Durante la apelación de Nivel 2, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando **rechazamos** su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

- La IRE realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores generalmente le dan una respuesta dentro de las 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una agencia de gobierno.
- Los revisores de la IRE examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

#### **A un vistazo: cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 2 para exigir que el plan continúe con su atención**

No tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de revisión independiente.



- **Si la IRE dice Sí** a su apelación, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención. También debemos continuar con la cobertura de sus servicios durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- **Si la IRE dice No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que suspender la cobertura de los servicios fue médicamente apropiado.

La carta que reciba de la IRE le dirá qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles sobre cómo pasar a una apelación de nivel 3, que está a cargo de un juez.

---

## I. Llevando su apelación más allá del Nivel 2

### 11. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones han sido rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que reciba de la Entidad de revisión independiente le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un Juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en una apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado adjudicador. Si desea que un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador revise su caso, el artículo o servicio médico que solicita debe cumplir con un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede pedirle a un ALJ o abogado adjudicador que escuche su apelación.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ o del abogado adjudicador, puede acudir al Consejo de apelaciones de Medicare. Después de eso, puede tener derecho a pedirle a un tribunal federal que revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelaciones, puede comunicarse con el defensor de Healthy Connections Prime. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



## I2. Próximos pasos para los servicios y artículos de Healthy Connections Medicaid

Si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 por servicios o artículos de Healthy Connections Medicaid, y ambas apelaciones han sido rechazadas, tiene derecho a niveles adicionales de apelación. Si tiene preguntas después de su apelación de nivel 2, comuníquese con el defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Este defensor le explicará sus opciones y siempre actuará en su mejor interés.

El nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia del Tribunal de Derecho Administrativo (ALC). Si desea una audiencia del ALC, comience por completar el formulario de "Solicitud de audiencia de caso impugnado" disponible en [www.scalc.net/pub/pubRequestForContestedCaseHearing.pdf](http://www.scalc.net/pub/pubRequestForContestedCaseHearing.pdf). Debe enviar este formulario dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha en que se le notificó la decisión de Nivel 2. Hay una tarifa de \$25 para apelar. Si no puede pagar la tarifa, puede presentar una "Solicitud de exención de la tarifa de presentación". Puede encontrar este formulario en [www.scalc.net/pub/pubRequestToWaiveFilingFee.pdf](http://www.scalc.net/pub/pubRequestToWaiveFilingFee.pdf).

Si está apelando una decisión de Nivel 2 tomada por audiencia, usted será responsable del costo de hacer una transcripción de la audiencia. Una transcripción es un registro escrito de la audiencia. El costo de la transcripción es de aproximadamente \$16 por cada hora que el transcriptor pasa escribiendo la transcripción.

Las reglas para apelar al ALC se encuentran en [www.scalc.net/rules.aspx](http://www.scalc.net/rules.aspx). Si no sigue las reglas, su apelación puede ser desestimada.

---

## J. Cómo presentar una queja

### J1. ¿Qué tipo de problemas deberían ser quejas

El proceso de quejas se usa solo para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de quejas.



**Quejas sobre la calidad**

- No está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

**Quejas sobre la privacidad**

- Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

**Quejas por mal servicio al cliente**

- Un proveedor de atención médica o el personal fue descortés o irrespetuoso con usted.
- El personal de First Choice VIP Care Plus lo trató mal.
- Crees que te están expulsando del plan.

**Quejas sobre accesibilidad**

- No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda las adaptaciones razonables que necesita, como un intérprete de lenguaje de señas estadounidense.

**Quejas sobre tiempos de espera**

- Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud o el departamento de Servicios al Miembro u otro personal del plan lo han hecho esperar demasiado.

**Quejas sobre limpieza**

- Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

**Quejas sobre el acceso al idioma**

- Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete durante su cita.

**Quejas sobre nuestras comunicaciones**

- Cree que no le enviamos un aviso o una carta que debería haber recibido.
- Cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

**A un vistazo: Cómo presentar una queja**

Puede presentar una queja interna con nuestro plan y/o una queja externa con una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que manejan quejas externas. Para obtener más información, lea la Sección J3 en la página 52.



## Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.
- Usted cree que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos.
- Cree que no remitimos su caso a la Entidad de revisión independiente a tiempo.

El término legal para una "queja" es una **"queja formal"**.

El término legal para "presentar una queja" es **"presentar una queja formal"**.

### ¿Existen diferentes tipos de quejas?

**Sí.** Puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Nuestro plan presenta y revisa una queja interna. Una queja externa es presentada y revisada por una organización que no está afiliada a nuestro plan. Para obtener más información sobre las quejas internas, lea la siguiente sección. Para obtener más información sobre quejas externas, lea la Sección J3 en la página 52.

Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, puede llamar al defensor de Healthy Connections Medicaid al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

## J2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** después de haber tenido el problema por el que desea presentar la queja.

- Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si usted presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Puede escribirnos a la siguiente dirección:

First Choice VIP Care Plus  
Attn: Customer Experience, Grievances, and Complaints  
P.O. Box 7140  
London, KY 40742-7140

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



Para presentar una “queja rápida”, llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de la página.

**El término legal para "queja rápida" es "queja formal acelerada".**

Si es posible, le contestaremos inmediatamente. Si usted nos llama con una queja, es posible que podamos responderle en la misma llamada telefónica. Si su condición médica nos exige que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas dentro de 30 días calendario. Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted, o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más para responder su queja. Le diremos por escrito por qué necesitamos más tiempo.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de las 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o apelar, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de las 24 horas.

**Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja, se lo diremos y le explicaremos nuestras razones. Debemos responder si aceptamos o no aceptamos la queja.

### J3. Quejas externas

#### **Puede informar a Medicare sobre su queja**

Puede enviar su queja a Medicare. El formulario de quejas de Medicare está disponible en: [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx).

Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no está abordando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

#### **Puede informarle al defensor de Healthy Connections Prime sobre su queja**

Puede llamar al defensor de Healthy Connections Prime para informarles sobre su queja. No están relacionados con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del defensor de Healthy Connections Prime es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratuita y también lo son los servicios. Para informarse más, también puede visitar [www.healthyconnectionsprimeadvocate.com](http://www.healthyconnectionsprimeadvocate.com).

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).



**Puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles**

Puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que no lo han tratado de manera justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o la asistencia con el idioma. El número de teléfono para la Oficina de derechos civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para obtener más información.

También puede comunicarse con la Oficina de derechos civiles local en:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70  
61 Forsyth Street, S.W.  
Atlanta, GA 30303--8909  
Teléfono: 1-800368-1019 (TTY: 1-800537-7697)  
Fax: (202) 619-3818

También puede tener derechos según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y según la ley estatal. Puede comunicarse con el defensor de Healthy Connections Prime para obtener ayuda. El número de teléfono es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

**Puede presentar una queja ante la Organización para la mejora de la calidad**

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente a la Organización para la mejora de la calidad (sin presentarnos la queja).
- O puede presentarnos su queja a nosotros y a la Organización para la mejora de la calidad. Si usted presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en salud a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para la mejora de la calidad, consulte el Capítulo 2, Sección E, página 9.

En South Carolina, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO. El número de teléfono de KEPRO es 1-888-317-0751 (TTY: 1-855-843-4776).



## Capítulo 10: Finalización de su membresía en nuestro plan Medicare-Medicaid

---

### Introducción

Este capítulo le informa cuándo y cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan y cuáles son sus opciones de cobertura de salud después de que abandone nuestro plan. Si deja nuestro plan, igual seguirá inscrito en los programas Medicare y Medicaid de Healthy Connections siempre que usted sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

### Tabla de contenidos

A. ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan Medicare-Medicaid? .....	2
B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	2
C. Cómo inscribirse en un plan de Medicare-Medicaid diferente.....	3
D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado.....	3
D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare .....	3
D2. Cómo obtener sus servicios de Healthy Connections Medicaid .....	5
E. Continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía .....	6
F. Otras situaciones en las que finaliza su membresía .....	6
G. Reglas en contra de pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud.....	7
H. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	7
I. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan .....	8

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



---

## A. ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan Medicare-Medicaid?

Puede finalizar su membresía en el plan Medicare-Medicaid de First Choice VIP Care Plus en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro plan Medicare Advantage, inscribiéndose en otro plan Medicare-Medicaid o se cambia a Original Medicare.

Su membresía finalizará el último día del mes en que recibamos su solicitud para cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de octubre, su cobertura con nuestro plan finalizará el 31 de octubre. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente (1 de noviembre, en este ejemplo). Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre:

- Sus opciones de Medicare, consulte la tabla en la página 4.
- Servicios de Healthy Connections Medicaid en la página 5.

Puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía llamando a:

- South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670.
- Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP), I-CARE, al 1-800-868-9095, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**NOTA:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de planes. Consulte el Capítulo 5, Sección G, página 19 para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

---

## B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, informe a Healthy Connections Medicaid o Medicare que desea dejar First Choice VIP Care Plus:

- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llama al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. En el cuadro de la página 4 encontrará más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando abandone nuestro plan.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



## C. Cómo inscribirse en un plan de Medicare-Medicaid diferente

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Healthy Connections Medicaid juntos de un solo plan, puede inscribirse en un plan de Medicare-Medicaid diferente.

Para inscribirse en un plan de Medicare-Medicaid diferente::

- Llame a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. Dígales que desea desafiliarse de First Choice VIP Care Plus e inscribirse en un plan de Medicare-Medicaid diferente. Si no está seguro de qué plan elegir, ellos pueden comentarle sobre otros planes en su área.

Su cobertura de First Choice VIP Care Plus finalizará el último día del mes en que recibamos su solicitud.

---

## D. Cómo obtener los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado

Si no desea inscribirse en un plan Medicare-Medicaid diferente luego de dejar First Choice VIP Care Plus, volverá a tener los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado.

### D1. Formas de obtener sus servicios de Medicare

Tendrá la opción de elegir cómo obtener sus beneficios de Medicare.

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, finalizará automáticamente su membresía en nuestro plan.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



<p><b>1. Usted puede cambiar a:</b></p> <p><b>Un plan médico de Medicare, como un plan Medicare Advantage o un Programa de cuidado todo incluido para personas de la tercera edad (PACE)</b></p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) al 1-800-868-9095 Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se llama programa de Asistencia de asesoramiento sobre seguros y referencias médicas para personas de la tercera edad (I-CARE).</li> </ul> <p>Se le dará de baja automáticamente en First Choice VIP Care Plus cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<p><b>2. Usted puede cambiar a:</b></p> <p><b>Original Medicare con un plan separado de medicamentos bajo receta de Medicare.</b></p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) al 1-800-868-9095 Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se llama programa de Asistencia de asesoramiento sobre seguros y referencias médicas para personas de la tercera edad (I-CARE).</li> </ul> <p>Se le dará de baja automáticamente de First Choice VIP Care Plus cuando comience su cobertura de Original Medicare y del plan de medicamentos bajo receta.</p>

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



<p><b>3. Usted puede cambiar a:</b></p> <p><b>Original Medicare sin un plan separado de medicamentos bajo receta de Medicare</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si usted cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de farmacia de Medicare en forma separada, Medicare podrá inscribirlo en un plan de farmacia, a menos que usted le diga a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Solo debe dejar la cobertura de farmacia si tiene cobertura de medicamentos a través de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta acerca de si usted necesita cobertura de medicamentos, llame a la Asistencia de asesoramiento sobre seguros y referencias médicas para personas de la tercera edad (I-CARE) al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) al 1-800-868-9095 Los usuarios de TTY deben llamar al 711. En South Carolina, el SHIP se llama programa de Asistencia de asesoramiento sobre seguros y referencias médicas para personas de la tercera edad (I-CARE).</li> </ul> <p>Se le dará de baja automáticamente de First Choice VIP Care Plus cuando comience su cobertura de Original Medicare.</p>
---	---

## D2. Cómo obtener sus servicios de Healthy Connections Medicaid

Si deja nuestro plan, obtendrá los servicios de Healthy Connections Medicaid a través de tarifa por servicio. Así es como la mayoría de las personas obtenían los servicios de Medicaid antes de unirse a First Choice VIP Care Plus.

Sus servicios de Healthy Connections Medicaid incluyen la mayoría de servicios y apoyos a largo plazo y atención de salud conductual.

Si deja nuestro plan, puede utilizar cualquier proveedor que acepte Healthy Connections Medicaid.



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.

---

## E. Continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía

Si deja First Choice VIP Care Plus, es posible que pase un tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Healthy Connections Medicaid. Durante este tiempo, siga obteniendo su atención médica y medicamentos a través de nuestro plan.

- Use a nuestros proveedores de red para recibir atención médica
- **Use las farmacias de nuestra red, incluidos los servicios farmacéuticos por correo para las recetas surtidas.**
- **Si le han hospitalizado el día que finaliza su membresía en First Choice VIP Care Plus, nuestro plan cubrirá su hospital hasta que le den el alta.** Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den de alta.

---

## F. Otras situaciones en las que finaliza su membresía

Estos son los casos en los que First Choice VIP Care Plus debe cancelar su membresía en el plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no califica para Healthy Connections Medicaid. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Healthy Connections Medicaid.
  - Si ya no califica para Healthy Connections Medicaid y cree que se ha cometido un error, llame a Healthy Connections Medicaid al 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620 (de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.)).
  - Si ya no califica para Medicare y cree que se ha cometido un error, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227), (TTY: 1-877-486-2048). Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está lejos de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o hace un viaje largo, es necesario que llame a Servicios al Miembro para averiguar si el lugar donde se muda o viaja está en nuestra área de servicios.
- Si ingresa a un hogar de ancianos o centro de enfermería especializada fuera del área de servicio del plan y vive allí durante más de seis meses.
- Si va a la cárcel o prisión por un delito.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga para medicamentos recetados.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
  - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
  - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo.
  - Debemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Podemos hacer que abandone nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos el permiso de Medicare y Healthy Connections Medicaid:

- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se está inscribiendo en nuestro plan y la información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si usted continuamente se comporta de mala manera y hace que nos resulte difícil brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que alguien más utilice su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica.
  - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.

---

## **G. Reglas en contra de pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud**

Si usted siente que le están solicitando que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (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. Puede comunicarse con el defensor de Healthy Connections Prime al 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

---

## **H. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan**

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos explicarle por escrito los motivos de la cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el Capítulo 9, Sección J, página 49 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



---

## I. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, puede llamar a Servicios para Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de la página.



Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.

## Capítulo 11: Avisos legales

---

### Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en First Choice VIP Care Plus. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

### Tabla de contenidos

A. Aviso sobre leyes .....	2
B. Aviso contra la discriminación .....	2
C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador .....	2



---

## A. Aviso sobre leyes

Se aplican muchas leyes a este *Manual del Miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este manual. Las principales leyes que se aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas de Medicare y Healthy Connections Medicaid. También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

---

## B. Aviso contra la discriminación

Todas las empresas o agencias que trabajan con Medicare y Healthy Connections Medicaid deben obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o el trato injusto. No lo discriminamos ni lo tratamos de manera diferente debido a su edad, experiencia en reclamos, color, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, historial médico, discapacidad mental o física, origen nacional, raza, religión o sexo u orientación sexual. Además, no lo discriminamos ni lo tratamos de manera diferente debido a su comportamiento, capacidad mental, recepción de atención médica, orientación sexual o uso de los servicios.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para obtener más información.
- Llame a su Oficina de Derechos Civiles local. Puede llamar a la Comisión de Asuntos Humanos de South Carolina al 1-800-521-0725. Esta llamada es gratuita.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención médica o un proveedor, llame a Servicios al Miembro. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios al Miembro puede ayudarlo.

---

## C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador

A veces, alguien más tiene que pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la Compensación para trabajadores debe pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com).



## Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

---

Este capítulo incluye términos clave utilizados en todo el Manual del Miembro con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicios al Miembro.

**Actividades de la vida diaria:** Las cosas que la gente hace en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

**Ayuda pagada pendiente:** Puede continuar recibiendo servicios aprobados previamente mientras espera una decisión sobre una apelación de Nivel 1 (y para un servicio de Healthy Connections Medicaid, mientras espera una decisión sobre una apelación de Nivel 2). Esta cobertura continua se denomina "ayuda pagada pendiente". Consulte el Capítulo 9 para más información.) Llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de la página si tiene otras preguntas.

**Centro de cirugía ambulatoria:** Un centro que ofrece cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

**Apelación:** Una forma de desafiar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión mediante una apelación. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso para presentar una apelación.

**Producto biológico:** Un medicamento con receta que está compuesto por fuentes vivas y naturales, como células animales, células vegetales, bacterias u hongos. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Los biosimilares suelen funcionar igual de bien, y son igual de seguros, que los productos biológicos originales.

**Biosimilar:** Un medicamento con receta que se considera muy similar, pero no es idéntico al producto biológico original. Los biosimilares suelen funcionar igual de bien y son igual de seguros que el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares suelen requerir una receta nueva para sustituir al producto biológico original. *[Inserte si el formulario incluye biosimilares intercambiables:* Los biosimilares intercambiables han cumplido con requisitos adicionales que les permiten ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin una receta nueva, de conformidad con las leyes estatales.

---

Si tiene alguna pregunta, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.



**Medicamentos de marca:** Medicamento recetado fabricado y vendido por la empresa que lo fabricó originalmente. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

**Coordinador de atención:** Una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

**Plan de atención:** Un plan para los servicios de salud que recibirá y cómo los obtendrá.

**Equipo de atención:** Un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Usted es un miembro importante del equipo de atención y también puede incluir a otros familiares o amigos.

**Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** La agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2, Sección F, página 10 explica cómo comunicarse con CMS.

**Queja:** Una declaración escrita o verbal que indique que tiene un problema o una inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su atención, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer una queja formal”.

**Evaluación integral:** Una revisión destinada a obtener una visión más profunda de sus necesidades médicas, necesidades sociales y capacidades. Obtendremos información de usted, sus proveedores y familiares/cuidadores cuando sea apropiado. Esta evaluación será realizada por profesionales de la salud calificados y capacitados, como enfermeras, trabajadores sociales y coordinadores de atención.

**Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF):** Un centro médico que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Proporciona una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

**Organización de atención integrada y coordinada (CICO):** Otro nombre para un Plan Medicare-Medicaid.

**Decisión de cobertura:** Una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Medicamentos cubiertos:** El término que utilizamos para abarcar a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862** (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.

**Servicios cubiertos:** El término general que usamos para referirnos a toda la atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan.

**Formación en competencia cultural:** Capacitación que brinda instrucción adicional para los proveedores de atención médica que les ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

**Cancelación de la inscripción:** El proceso de terminar su membresía en nuestro plan. La desafiliación puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (usted no lo decide).

**Niveles de medicamentos:** Grupos de medicamentos de nuestro Listado de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento del Listado de medicamentos está en uno de tres niveles.

**Equipo médico duradero (DME):** Ciertos artículos que su médico receta para usar en su propio hogar. Ejemplos de estos artículos incluyen silla de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, insumos para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

**Emergencia:** Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de un miembro o la pérdida o trastorno graves de las funciones corporales. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o un dolor intenso.

**Atención de emergencias:** Servicios cubiertos brindados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica.

**Excepción:** Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

**Ayuda Extra:** Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda Extra también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

**Audiencia justa:** Una oportunidad para que cuente su problema en la corte y demuestre que una decisión que tomamos es incorrecta.

**Medicamento genérico:** Un medicamento recetado que está aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862** (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.

**Queja formal:** Una queja que presenta sobre nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención.

**Plan de salud:** Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. Además, cuenta con coordinadores de atención médica para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para proporcionarle a usted el cuidado que necesita.

**Healthy Connections Medicaid:** Programa Medicaid de South Carolina. Para informarse más, consulte la definición de “Medicaid” a continuación.

**Healthy Connections Prime:** Un programa de demostración administrado conjuntamente por South Carolina y el gobierno federal para brindar una mejor atención médica a las personas que tienen Medicare y Healthy Connections Medicaid.

**Auxiliar de salud en el hogar:** Una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios recetados). El asistente para la salud en el hogar no tiene habilitación de enfermería ni proporciona terapia.

**Centros para enfermos terminales:** Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida.

- Un miembro que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brinda atención integral a la persona, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- First Choice VIP Care Plus debe proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

**Facturación inadecuada/inapropiada:** Una situación en la que un proveedor le factura un monto superior al costo compartido del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de First Choice VIP Care Plus cuando reciba cualquier servicio o medicamento recetado. Llame a Servicios al Miembro si recibe facturas que no comprende.

Debido a que First Choice VIP Care Plus paga el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862** (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.

**Entidad de revisión independiente (IRE):** Una organización contratada por los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para realizar una revisión de apelación de Nivel 2 para un servicio o artículo que está cubierto solo por Medicare o por Medicare y Healthy Connections Medicaid. Si First Choice VIP Care Plus deniega la aprobación de dicho servicio o artículo durante la apelación de Nivel 1 de un miembro, la apelación denegada se envía a la IRE para realizar una revisión de Nivel 2. La IRE no está conectada a First Choice VIP Care Plus y no es una agencia gubernamental. Consulte el Capítulo 9, Sección E4, página 18 para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

**Examen de salud inicial:** Una revisión del historial médico y el estado actual de un paciente. Se utiliza para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.

**Paciente hospitalizado:** Término que se utiliza cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fue admitido formalmente, es posible que se lo considere un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche.

**Listado de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos):** Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. El Listado de medicamentos le indica si hay alguna regla que deba seguir para obtener sus medicamentos. El Listado de medicamentos a veces se denomina "formulario".

**Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)** Los servicios y apoyos a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios lo ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un hogar de ancianos u hospital.

**Subsidio de bajos ingresos (LIS):** Consulte "Ayuda Extra".

**Medicaid (o Asistencia Médica):** Un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos.

- También cubre servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2, Sección G, página 11 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862** (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.

**Medicamento necesario:**

- Servicios que no son medicamento necesarios;
  - Para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad o lesión; **o**
  - Para mejorar el funcionamiento de una parte corporal malformada; **o**
  - Cualquier otro servicio medicamento necesario bajo la ley de Medicare.
  - Esto incluye la atención que le impide ingresar a un hospital o asilo de ancianos.
- De acuerdo con la ley y el reglamento de Healthy Connections Medicaid, los servicios son medicamento necesarios si son:
  - Esencial para prevenir, diagnosticar, prevenir el empeoramiento, aliviar, corregir o curar condiciones médicas que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o resultan en enfermedades o dolencias; **y**
  - Ser prestados en un centro médico apropiado con el nivel de atención adecuado para el tratamiento de su afección médica; **y**
  - Ser brindados de conformidad con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica.

**Medicare:** El programa de seguro médico federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas personas con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener la cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención administrada (consulte "Plan de salud").

**Plan Medicare Advantage:** Un programa de Medicare, también conocido como "Parte C de Medicare" o "Plan MA", que ofrece planes a través de empresas privadas. Medicare les paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

**Servicios cubiertos por Medicare:** Servicios cubiertos por Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare.

**Afiliado de Medicare-Medicaid:** Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Healthy Connections Medicaid. Una persona inscrita en Medicare-Medicaid también se denomina "persona con doble elegibilidad".

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862** (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.

**Parte A de Medicare:** El programa de Medicare que cubre la mayoría de los cuidados hospitalarios, centros de enfermería especializada, atención domiciliaria y cuidados paliativos médicamente necesarios.

**Parte B de Medicare:** El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

**Parte C de Medicare:** El programa de Medicare que permite que las compañías de seguros médicos privadas brinden beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.

**Parte D de Medicare:** El programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Denominamos este programa “Parte D” para abreviar.) La Parte D cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos insumos no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare o Healthy Connections Medicaid. First Choice VIP Care Plus incluye la Parte D de Medicare.

**Medicamentos de la Parte D de Medicare:** Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Healthy Connections Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

**Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan):** Una persona que cuenta con Medicare y Healthy Connections Medicaid que califica para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

**Manual del Miembro e información de divulgación:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro adjunto, cláusula u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

**Servicios al Miembro:** un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2, Sección A, página 2 y la parte inferior de la página para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios al Miembro.

**Farmacia de la red:** Una farmacia (droguería) que ha aceptado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han acordado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas sólo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

**Proveedor de la red:** “Proveedor” es el término general que usamos para los médicos, enfermeras y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862** (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.

de cuidado domiciliario, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, equipo médico y servicios y apoyo a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para brindar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no cobran a nuestros miembros una cantidad adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

**Hogar de ancianos o centro médico:** Un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir su atención en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

**Defensor del pueblo (defensor de Healthy Connections):** Una oficina en su estado que trabaja como defensora en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a comprender qué hacer. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos. El defensor de Healthy Connections Prime es el defensor del pueblo de las personas inscritas en Healthy Connections Prime. Puede encontrar más información sobre el defensor del pueblo en los Capítulos 2 y 9 de este manual, incluida información sobre cómo comunicarse con el defensor de Healthy Connections Prime.

**Determinación de la organización:** El plan ha tomado una determinación de la organización cuando él, o uno de sus proveedores, toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. A las determinaciones de la organización se las llaman “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de tarifa por servicio):** Original Medicare es ofrecido por el gobierno. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago a médicos, hospitales y a otros proveedores de atención médica de los montos establecidos por el Congreso.

- Usted puede ver a cualquier médico, hospital u otro proveedor médico que acepta Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todas partes de los Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

**Farmacia fuera de la red:** Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que correspondan ciertas condiciones.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862** (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.

**Proveedor fuera de la red o Centro médico de fuera de la red:** Un proveedor o centro que no es empleado, no es propiedad ni está operado por nuestro plan y no tiene contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El Capítulo 3, Sección D, página 6 explica los proveedores o centros médicos de fuera de la red.

**Medicamentos de venta libre (OTC):** Los medicamentos de venta libre se refieren a cualquier medicamento o medicamento que una persona puede comprar sin una receta médica.

**Parte A:** Consulte la “Parte A de Medicare”.

**Parte B:** Consulte la “Parte B de Medicare”.

**Parte C:** Consulte la “Parte C de Medicare”.

**Parte D:** Consulte la “Parte D de Medicare”.

**Medicamentos de la Parte D:** Consulte "medicamentos de la Parte D de Medicare".

**Información médica personal (también llamada información médica protegida) (PHI):** Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historial médico. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de First Choice VIP Care Plus para obtener más información sobre cómo First Choice VIP Care Plus protege, usa y divulga su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

**Proveedor de atención primaria (PCP):** Su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor que consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Aseguran de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- También pueden hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y derivarlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe usar su proveedor de atención primaria antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el Capítulo 3, Sección D, página 6 para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

**Autorización previa:** Debe obtener una aprobación de First Choice VIP Care Plus antes de poder obtener un servicio o medicamento específico o utilizar un proveedor fuera de la red. Si usted no obtiene la aprobación, First Choice VIP Care Plus podría no cubrir el servicio o medicamento.

Algunos servicios médicos de la red solo se cubren si su médico u otro proveedor de la red obtiene la autorización previa de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862** (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.

Algunos medicamentos solo están cubiertos si usted obtiene autorización previa de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesiten autorización previa están marcados en el *Listado de medicamentos cubiertos*.

**Prótesis y aparatos ortopédicos:** Estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna del cuerpo o su función, que incluyen suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

**Organización para la mejora de la calidad (QIO):** Un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal les paga para que controlen y mejoren la atención que se les brinda a los pacientes. Consulte el Capítulo 2, Sección E, página 9 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO para su estado.

**Límites a la cantidad:** Un límite en la cantidad de medicamento que puede consumir. Los límites pueden estar en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica.

**Herramienta de beneficios en tiempo real:** Un portal o aplicación de computadora en la que los miembros pueden buscar información de beneficios y medicamentos cubiertos completos, precisos, oportunos y clínicamente apropiados, específicos para el miembro. Incluye los montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que podrían utilizarse para la misma enfermedad que un medicamento dado, y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límite de cantidades) que corresponden a los medicamentos alternativos.

**Referencia médica:** Una referencia médica significa que su proveedor de atención primaria (PCP) debe darle su aprobación antes de que pueda ver a alguien que no sea su PCP. Si no obtiene aprobación, es posible que First Choice VIP Care Plus no cubra los servicios. No necesita una referencia médica para consultar ciertos especialistas, tales como especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las remisiones en el Capítulo 3 y sobre los servicios que requieren remisiones en el Capítulo 4.

**Servicios de rehabilitación:** El tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación mayor. Consulte el Capítulo 4, Sección D para informarse más sobre los servicios de rehabilitación.

**Área de servicio:** Un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros. Los planes que limitan cuáles médicos y hospitales pueden usar, generalmente se refieren al área donde usted puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener First Choice VIP Care Plus.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862** (TTY 711), los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[www.firstchoicevipcareplus.com](http://www.firstchoicevipcareplus.com)**.

**Establecimiento de enfermería especializada (SNF):** Un hogar de ancianos con el personal y el equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

**Atención en un establecimiento de enfermería especializada (SNF):** Servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada que se brindan de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar una enfermera titulada o un médico.

**Especialista:** Un médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo en particular.

**Agencia estatal de Medicaid:** El Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina (SCDHHS) está designado como la agencia estatal única para la administración del programa Medicaid (llamado “Healthy Connections Medicaid”) en South Carolina. SCDHHS es una agencia a nivel de gabinete dependiente del Gobernador del Estado de South Carolina.

**Terapia escalonada:** Una regla de cobertura que requiere que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está solicitando.

**Seguridad de ingreso suplementario (SSI):** Un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas, o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

**Nivel:** Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamento de marca, genérico o de venta libre).

**Atención médica de urgencia:** La atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia pero que necesita atención de inmediato. Puede obtener atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no puede acceder a ellos.

## Servicios al Miembro de First Choice VIP Care Plus

<b>LLAME AL</b>	<p>1-888-978-0862. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m.</p> <p>Después del horario comercial habitual, el sistema interactivo de respuesta por voz le permitirá dejar un mensaje para su coordinador de atención.</p> <p>Tenemos servicios de intérprete sin cargo para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Los siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m.</p>
<b>ESCRIBA</b>	<p>First Choice VIP Care Plus PO BOX 7107 London, KY 40742-7107</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.firstchoicevipcareplus.com">www.firstchoicevipcareplus.com</a></p>