

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cubierta:

Sus Beneficios y Servicios de Salud bajo Medicare y su Cubierta de Medicamentos Recetados como afiliado de MMM Balance (HMO-POS)

Este documento le brinda detalles sobre su cuidado de salud y cubierta de medicamentos recetados bajo Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Por favor, guárdelo en un lugar seguro.**

Para preguntas sobre este documento, por favor, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos) si necesita información adicional. (Usuarios de TTY, deben llamar al: 711). El horario es de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

El plan, MMM Balance es ofrecido por MMM Healthcare, LLC. (Cuando en esta Evidencia de Cubierta se diga “nosotros” o “nuestro”, se refiere a MMM Healthcare, LLC. Cuando se mencione “plan” o “nuestro plan”, se refiere a MMM Balance).

Este documento está disponible gratis en español e inglés.

De ser solicitada, esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo braille, letra agrandada,

audio y otros formatos. Por favor llame a Servicios al Afiliado si necesita información del plan en otro formato.

Los beneficios y/o copagos/coaseguros podrían cambiar el 1 de enero de 2024.

El formulario, red de proveedores y/o red de farmacia pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos sobre los cambios a los afiliados afectados por lo menos 30 días antes.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para entender:

- La prima de su plan y el costo compartido;
- Sus beneficios médicos y medicamentos recetados;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo contactarnos si necesita más ayuda; y,
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Y0049_2023 1150 0012 2_C
MMM-PDG-MIS-349-080422-S

Evidencia de Cubierta de 2023 **Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como afiliado</i>	11
SECCIÓN 1 Introducción	12
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser afiliado del plan?	14
SECCIÓN 3 Materiales importantes de afiliación que recibirá	16
SECCIÓN 4 Su costo mensual para MMM Balance	20
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	26
SECCIÓN 6 Manteniendo actualizado su expediente de afiliación	31
SECCIÓN 7 Cómo trabaja otra aseguradora con nuestro plan	33
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	36
SECCIÓN 1 Contactos de MMM Balance (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Servicios al Afiliado)	37
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	49
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés)	

(ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	53
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad	55
SECCIÓN 5 Seguro Social	57
SECCIÓN 6 Medicaid	59
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados.....	60
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios	63
SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un patrono?	64
CAPÍTULO 3: <i>Cómo utilizar la cubierta del plan para obtener servicios médicos</i>	66
SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como afiliado de nuestro plan.....	67
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener cuidado de salud	72
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de emergencia o cuidados de urgencia o durante un desastre	80
SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si le facturan directamente por el costo completo de sus servicios cubiertos?	86

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos si usted forma parte de un “estudio de investigación clínica”?	87
SECCIÓN 6 Reglas para obtener cuidado en una “institución religiosa no médica para el cuidado de la salud”	92
SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero	94
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)</i>	97
SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	98
SECCIÓN 2 Use esta <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para saber lo que está cubierto y cuánto pagará.	102
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos bajo el plan?	260
CAPÍTULO 5: <i>Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D</i>	268
SECCIÓN 1 Introducción	269
SECCIÓN 2 Obtenga su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan.	270
SECCIÓN 3 Sus medicamentos tienen que estar en la “Lista de Medicamentos”	278

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cubierta para algunos medicamentos.....	282
SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto del modo en que le gustaría que lo estuviera?	285
SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si la cubierta para uno de sus medicamentos cambia?	292
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan?	297
SECCIÓN 8 Despachando una receta	300
SECCIÓN 9 Cubierta de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	301
SECCIÓN 10 Programas para la administración y uso seguro de medicamentos.....	304
CAPÍTULO 6: <i>Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D</i>	310
SECCIÓN 1 Introducción	311
SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento	316
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en cuál etapa se encuentra.....	318
SECCIÓN 4 No hay deducible para MMM Balance ...	321
SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cubierta Inicial, el plan paga la parte del costo de sus	

medicamentos que le corresponde y usted paga la suya	322
SECCIÓN 6 Los costos en la Etapa de Brecha de Cubierta	332
SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cubierta Catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos	335
SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las recibe.	336
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos el que paguemos nuestra parte de una factura que usted</i>	

<i>recibió por servicios o medicamentos cubiertos</i>	340
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos	341
SECCIÓN 2 Cómo pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió	346
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y responderemos afirmativa o negativamente	347
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i> ...	349
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos y sus sensibilidades culturales como afiliado del plan	350
SECCIÓN 2 Usted tiene varias responsabilidades como afiliado del plan	374
CAPÍTULO 9: <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)</i>	378
SECCIÓN 1 Introducción	379
SECCIÓN 2 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada	380
SECCIÓN 3 ¿Cuál proceso debe usar para atender su problema?	382
SECCIÓN 4 Guía básica sobre decisiones de cubierta y apelaciones	383

SECCIÓN 5 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cubierta o hacer una apelación de su decisión de cubierta.....	390
SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación	408
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos el cubrir una hospitalización más larga si considera que el médico le está dando de alta muy pronto	431
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos una extensión de cubierta para algunos servicios médicos si	

entiende que su cubierta está terminando muy pronto.....	447
SECCIÓN 9 Llevando su apelación al Nivel 3 y más allá.....	461
SECCIÓN 10Cómo hacer una queja sobre la calidad del servicio, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras preocupaciones	467
CAPÍTULO 10: <i>Terminando su afiliación en el plan</i>.....	475
SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su afiliación a nuestro plan.....	476
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su afiliación al plan?	476
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su afiliación a nuestro plan?	481
SECCIÓN 4 Hasta que acabe su afiliación, tendrá que seguir recibiendo sus servicios	

médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	484
SECCIÓN 5 En algunos casos, MMM Balance tendrá que cancelar su afiliación	485
CAPÍTULO 11: <i>Notificaciones legales</i>	488
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes aplicables.....	489
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación	489
SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare	492
CAPÍTULO 12: <i>Definiciones de palabras importantes</i>	493

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como afiliado

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está afiliado a MMM Balance, el cual es un Plan Medicare HMO Plan Punto de Servicio

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cubierta para medicamentos recetados y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, MMM Balance. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso de proveedores en este plan son diferentes a los de Medicare Original.

MMM Balance es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud, por sus siglas en inglés) con opción de punto de servicio (POS) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. “Punto de servicio” significa que usted puede usar proveedores que están fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 3 para obtener información sobre cómo usar la opción de punto de servicio).

La cubierta según este plan califica como cubierta de salud que reúne los requisitos (QHC, por sus siglas en inglés) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

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

Este documento de Evidencia de Cubierta le indica cómo obtener cuidado y medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como afiliado del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos “cubierta” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención, los servicios médicos y los medicamentos recetados a su disposición como afiliado de MMM Balance.

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

Si hay algún tema que lo confunde, le preocupa o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios al afiliado.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cubierta*

Esta *Evidencia de cubierta* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo MMM Balance cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte

sobre modificaciones en su cubierta o condiciones que puedan afectar su cubierta. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté afiliado en MMM Balance desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023.

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

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar MMM Balance cada año. Puede seguir obteniendo la cubierta de Medicare como afiliado de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser afiliado de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare
- -- y-- viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe el

área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.

- -- y-- sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente a los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para MMM Balance

MMM Balance se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo afiliado de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes municipios en: Puerto Rico Adjuntas, Aguada, Aguadilla, Aguas Buenas, Aibonito, Añasco, Arecibo, Arroyo, Barceloneta, Barranquitas, Bayamón, Cabo Rojo, Caguas, Camuy, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ceiba, Ciales, Cidra, Coamo, Comerío, Corozal, Culebra, Dorado, Fajardo, Florida, Guánica, Guayama, Guayanilla, Guaynabo, Gurabo, Hatillo, Hormigueros, Humacao, Isabela, Jayuya, Juana Díaz, Juncos, Lajas, Lares, Las Marías, Las Piedras, Loíza, Luquillo, Manatí, Maricao, Maunabo, Mayagüez, Moca, Morovis, Naguabo, Naranjito, Orocovis, Patillas, Peñuelas, Ponce, Quebradillas, Rincón, Río Grande, Sabana Grande, Salinas, San Germán, San Juan, San Lorenzo, San Sebastián, Santa Isabel, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Utuado, Vega Alta, Vega Baja, Vieques, Villalba, Yabucoa y Yauco.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no puede permanecer como afiliado del plan. Por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado para ver si tenemos un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período especial de afiliación que le permitirá cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los afiliados de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a MMM Balance si no es elegible para seguir siendo afiliado según este requisito. MMM Balance debe cancelar su afiliación si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de afiliación que recibirá

Sección 3.1 Tarjeta de afiliado del plan

Mientras sea un afiliado de nuestro plan, debe usar su tarjeta de afiliado cada vez que reciba servicio cubierto

por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de afiliado para que tenga una idea de cómo será la suya:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea afiliado de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en vez de la tarjeta de afiliación de MMM Balance, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también conocidos como ensayos clínicos.

Si la tarjeta de afiliado del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios al afiliado para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 *Directorio de Proveedores y Farmacias*

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* enumera los proveedores de la red, farmacias, y los proveedores de equipo médico duradero. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener servicios y cuidados médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que MMM Balance autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado suministrar recetas cubiertas para los afiliados de nuestro plan. Puede usar el Directorio de proveedores y farmacias para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Vea el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

En este plan, usted tiene una opción de Punto de Servicio (POS). La opción POS le permite obtener cuidado de proveedores y hospitales que no estén contratados

cuando se encuentre fuera del área de servicio. Puede obtener todos los servicios cubiertos por el plan, pero tendrá que pagar un costo compartido más alto que el que pagaría cuando usa proveedores o farmacias en la red.

Este beneficio no es lo mismo que ser atendido por médicos y/u hospitales fuera de la red durante una emergencia o en una situación de cuidado urgente. Por favor, refiérase al Capítulo 3 para más información sobre costos compartidos bajo su opción POS, su cantidad límite en dólares y los requisitos de preautorización.

La lista más reciente de proveedores, farmacias y proveedores también está disponible en nuestra página de internet en www.mmmpr.com.

Si no tiene su copia del *Directorio de Proveedores y Farmacias*, puede solicitar una a través de Servicios al Afiliado.

Sección 3.3 La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. Para abreviar, la llamamos la “Lista de Medicamentos”. La misma indica cuáles medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos bajo el beneficio de Parte D en MMM Balance. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista tiene que cumplir con los requisitos establecidos por Medicare.

Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de MMM Balance.

La Lista de Medicamentos también le indica si hay reglas que restringen la cubierta de sus medicamentos.

Le proveeremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y al día sobre cuáles medicamentos están cubiertos, puede visitar la página de Internet del plan (www.mmmpr.com) o llamar a Servicios al Afiliado.

SECCIÓN 4 Su costo mensual para MMM Balance

Sección 4.1 ¿Cuánto es la prima de su plan?

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Ingreso bruto ajustado modificado (Sección 4.4)

Section 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual aparte para MMM Balance.

Section 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos afiliados deben pagar otras primas de Medicare

Este plan reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare hasta **\$70**.

Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo afiliado del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los afiliados que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Section 4.3 Penalidad por afiliación tardía de la Parte D

Algunos afiliados deben pagar una **penalidad por afiliación tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cubierta de la Parte D si en cualquier momento después de que finalice su período de afiliación inicial, hay un período de 63 días seguidos o más en los que no tuvo la Parte D u otra cubierta acreditable de medicamentos recetados. La “cubierta acreditable de medicamentos recetados” es una cubierta que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cubierta estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la penalidad por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cubierta acreditable de medicamentos recetados. Tendrá que

pagar esta penalidad mientras tenga cubierta de la Parte D.

Al inicio de su afiliación a MMM Balance, le dejaremos saber cuál es la cantidad de la penalidad. Si no paga su penalidad por afiliación tardía a la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

Usted **no tendrá** que pagar si:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cubierta acreditable.
- Ha tenido una cubierta de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un patrono anterior, unión, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cubierta de medicamentos es una cubierta acreditable. Esta información puede ser enviada a usted en una carta o incluida en un boletín informativo del plan. Guarde esta información porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que usted tenía una cubierta de medicamentos recetados "acreditable" que se espera que pague tanto como paga el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.

- **Nota:** Lo siguiente no es una cubierta acreditable de medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y páginas electrónicas para descuentos de medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la penalidad. He aquí cómo funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cubierta acreditable de medicamentos recetados después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cubierta. La penalidad es del 1% por cada mes que no tuvo cubierta acreditable. Por ejemplo, si lleva 14 meses sin cubierta, la penalidad será del 14%.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos Medicare en la nación del año anterior. Para 2023, esta prima promedio es \$32.74.
- Para calcular su penalidad mensual, multiplique el porcentaje de la penalidad por la prima mensual promedio y redondee el número a la décima más cercana. En el ejemplo que aparece aquí, sería 14% por \$32.74, que equivale a \$4.583. Esto se redondea a \$4.60. Esta cantidad se añadirá **a la prima mensual de alguien con una penalidad por afiliación tardía a la Parte D.**

Hay tres cosas importantes que destacar sobre esta penalidad mensual por afiliación tardía a la Parte D:

- Primero, **la penalidad puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted continuará pagando la penalidad** cada mes mientras esté afiliado a un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, aunque cambie de plan.
- Tercero, si es menor de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la penalidad por afiliación tardía a la Parte D se reajustará cuando cumpla los 65. Después de los 65 años, su penalidad por afiliación tardía a la Parte D se basará solo en los meses que pase sin cubierta después de su período inicial de inscripción en Medicare.

Si está en desacuerdo con su penalidad por afiliación tardía a la Parte D, usted o su representante pueden pedir una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le notificó que tiene que pagar una penalidad por afiliación tardía. Sin embargo, si estaba pagando una penalidad antes de afiliarse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad para solicitar una revisión de esa penalidad por afiliación tardía.

Importante: No deje de pagar su penalidad por afiliación tardía a la Parte D mientras espera por una revisión de la

decisión sobre su penalidad por afiliación tardía. Si lo hace, podría ser desafiliado por falta de pago de su prima mensual.

Section 4.4 Ingreso Bruto Ajustado Modificado

Es posible que algunos afiliados deban pagar un cargo adicional, conocido como ingreso bruto ajustado modificado de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si esta cantidad es mayor a cierta cantidad, pagará la cantidad de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que puede tener que pagar por sus ingresos, acceda <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, la Administración del Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta indicándole cuánto será la cantidad adicional que tiene que pagar y cómo pagarla. La cantidad adicional se deducirá de su Seguro Social, de sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, o de su cheque de beneficios de la Oficina de Administración de Personal, sin importar el modo que normalmente usa para pagar la prima mensual de su plan, a menos que su beneficio mensual no dé para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no rinde para cubrir la cantidad adicional, Medicare le enviará una factura.

Usted tiene que pagarle la cantidad adicional al gobierno. Esta no se puede pagar junto con el pago mensual de la prima del plan. Si no paga la cantidad adicional, se cancelará su afiliación en el plan y perderá la cubierta de medicamentos recetados.

Si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional, puede pedirle a la Administración del Seguro Social que reevalúe la decisión. Para más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

<p>Sección 5.1 Si usted paga una penalidad por afiliación tardía a la Parte D, hay varias formas en las que puede pagar su penalidad</p>

Hay 3 maneras para pagar la penalidad. Cuando se afilia por primera vez a nuestro plan, usted tiene que escoger el método de pago para su penalidad. Sin embargo, para cambiar el método de pago seleccionado tiene que llamar a Servicios al Afiliado.

Si decide cambiar la forma en la que paga su penalidad por afiliación tardía a la Parte D, podría tomar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigor. Mientras estemos procesando su solicitud para un nuevo método de pago, usted tiene que asegurarse de que su penalidad por afiliación tardía a la Parte D se siga pagando a tiempo.

Opción 1: Pagando con cheque

Puede optar por pagar la penalidad por afiliación tardía a la Parte D directamente a nuestro Plan. Su penalidad por afiliación tardía a la Parte D se puede pagar mediante cheque, ya sea en persona o por correo, enviándolo a:

**MMM Healthcare, LLC.
PO Box 70175
San Juan, PR 00936-0175**

También puede depositar su cheque en persona en la oficina de nuestro plan más cercana a su municipio. Su pago debe ser recibido dentro de los primeros 15 días de cada mes.

Opción 2: Puede optar porque se debite el pago de su penalidad por afiliación tardía a la Parte D de su cuenta de banco o tarjeta de crédito

En vez de pagar con cheque, puede hacer que el pago de su penalidad por afiliación tardía a la Parte D se debite automáticamente de su cuenta de banco o tarjeta de crédito. Si quiere utilizar este método, todos los meses, debe llamar a nuestro Departamento de Servicios al Afiliado y solicitar hacer su pago mediante el servicio de débito automático. Un representante de Servicios al Afiliado procesará su pago y le enviará una carta de confirmación como evidencia de la transacción. Recuerde,

debemos recibir su pago dentro de los primeros 15 días de cada mes.

Opción 3: Debitando el pago de su penalidad por afiliación tardía a la Parte D de su cheque del Seguro Social

Cambiando la forma en que paga su prima. Si decide cambiar la forma en que paga su prima, su nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicios al Afiliado para obtener más información sobre cómo pagar su penalidad de esta manera. Estaremos encantados de ayudarle a resolver esto.

Qué hacer si tiene dificultades para pagar su penalidad por afiliación tardía a la Parte D

Su pago de penalidad por afiliación tardía a la Parte D debe llegar a nuestras oficinas antes del día 15 del mes. Si debe pagar una penalidad por afiliación tardía de la Parte D, esa penalidad vence en nuestra oficina antes del 15 del mes. Si no recibimos su pago antes del día 15 del mes, le enviaremos un aviso informándole que su afiliación en el plan terminará si no recibimos su penalidad por afiliación tardía de la Parte D, si se adeuda, dentro de 180 días. Si está obligado a pagar una penalidad por afiliación tardía a la Parte D, tiene que pagar la penalidad para conservar su cubierta de medicamentos recetados.

Si tiene dificultades para pagar su penalidad por afiliación tardía a la Parte D a tiempo, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado para ver si podemos recomendarle programas que le ayuden con sus costos.

Si cancelamos su afiliación al plan porque no pagó su penalidad por afiliación tardía a la Parte D, entonces tendrá cubierta de salud bajo Medicare Original. Además, es posible que no pueda recibir la cubierta de la Parte D hasta el año siguiente si se afilia en un nuevo plan durante el Período de Afiliación Anual. (Si no tiene cubierta de medicamentos “acreditable” durante más de 63 días, es posible que deba pagar una penalidad por afiliación tardía de la Parte D mientras tenga cubierta de la Parte D).

Al momento en que cancelemos su afiliación, puede que aún nos adeude la penalidad que no ha pagado. Tenemos el derecho de gestionar el cobro de la cantidad que adeuda. En un futuro, si desea afiliarse nuevamente a nuestro plan (o a otra cubierta que ofrezcamos), tendrá que pagar la cantidad que adeuda antes de poder afiliarse.

Si entiende que cancelamos su afiliación por error, puede presentar una queja (también llamada querrela); consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja. Si tuvo una situación de emergencia que estuvo fuera de su control y que causó el que no pudiera pagar penalidad por afiliación tardía de la Parte D, si se adeuda, dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Para quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Para quejas, revisaremos nuestra ganancia de decisión. El Capítulo 9, Sección 10 de este documento le indica cómo presentar una queja o puede llamarnos al llamando al 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos), de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar al 711. Tiene que hacer su solicitud no más tarde de 60 días después de la fecha en que termina su afiliación.

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

No. No se nos permite cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que deba comenzar a pagar o dejar de pagar una penalidad por afiliación tardía. Esto podría ocurrir si usted se hace elegible para el programa de “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad a dicho programa durante el año:

- Si, al presente, usted paga la penalidad por afiliación tardía a la Parte D y se hace elegible para “Ayuda Adicional” durante el año, no tendría que seguir pagando su penalidad.
- Si usted pierde la Ayuda Adicional, podría estar sujeto a una penalidad por afiliación tardía si estuvo 63 días o más corridos sin Parte D u otra cubierta acreditable de medicamentos recetados.

Para más información sobre el programa de “Ayuda Adicional”, vea el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Manteniendo actualizado su expediente de afiliación

Su expediente de afiliación tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número telefónico. Éste muestra la cubierta específica de su plan incluyendo su Proveedor de Cuidado Primario.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores dentro de la red del plan tienen que tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su expediente de afiliación para saber cuáles servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de costos compartidos para usted.** Por todo esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información al día.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o teléfono

- Cambios en cualquier otro seguro de salud que tenga (por ejemplo, el de su patrono, el patrono de su cónyuge, por accidentes en el trabajo o, Medicaid)
- Si tiene alguna reclamación por responsabilidad, como reclamaciones por accidentes de auto
- Si lo han ingresado en un hogar de ancianos
- Si recibe cuidado en un hospital o sala de emergencias fuera de la red o fuera del área de servicio
- Si cambia la persona responsable por usted (como un cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le sugerimos que lo haga)

Si cualquiera de esta información cambia, por favor, avísenos llamando a Servicios al Afiliado.

También es importante que contacte a la Administración del Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

SECCIÓN 7 Cómo trabaja otra aseguradora con nuestro plan

Otro seguro

Medicare requiere que obtengamos información sobre su afiliación a cualquier otra cubierta de seguro médico o de farmacia que tenga. Esto es necesario porque tenemos que coordinar sus beneficios bajo nuestro plan con cualquier otra cubierta que tenga. Esto se llama **Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, lo llamaremos para verificar cualquier otra cubierta médica o de medicamentos que sepamos que usted tenga. De no poder comunicarnos con usted, le enviaremos una carta con la lista de las otras cubiertas de seguro médico o de farmacia de las cuales tengamos conocimiento. Por favor, revise esta información con detenimiento. Si es correcta, no tiene que hacer nada más. Si la información es incorrecta o si tiene otra cubierta que no aparezca en la lista, por favor, llame a Servicios al Afiliado. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de afiliado del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como una cubierta grupal patronal), Medicare ha establecido unas reglas que deciden quién paga primero: nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se conoce como el “pagador primario” y paga hasta el límite de su cubierta. El segundo en pagar, llamado el “pagador secundario”, paga

solamente si hay costos que el pagador primario no ha cubierto. El pagador secundario podría no pagar todos los costos que han quedado sin cubrir. Si tiene otro seguro, dígame a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas aplican para cubiertas grupales patronales o sindicales:

- Si tiene cubierta de jubilado, Medicare paga primero.
- Si la cubierta de su plan grupal es en base a su empleo actual o el de un familiar, quien paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su patrono, y si tiene Medicare por su edad, discapacidad o Fallo Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
 - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o su familiar aún trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el patrono tiene 100 empleados o más, o si es un plan de patronos múltiples, al menos uno de los patronos tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el patrono tiene 20 empleados o más, o al menos un patrono en un plan de patronos múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque padece de Fallo Renal en Etapa Terminal, su plan de salud grupal pagará

primero durante los primeros 30 meses después de hacerse elegible para Medicare.

Estos tipos de cubierta, por lo general, pagan primero por servicios relacionados con cada categoría:

- Seguro de relevo de culpa (incluyendo seguros de autos)
- Responsabilidad (incluyendo seguros de autos)
- Beneficios por contaminación pulmonar
- Indemnización laboral

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono y
recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de MMM Balance

(cómo comunicarse con nosotros,
incluyendo cómo comunicarse con Servicios
al Afiliado)

Cómo puede ponerse en contacto con Servicios al Afiliado del plan

Para asistencia con reclamaciones, facturas o preguntas sobre la tarjeta de afiliado, por favor, llame o escriba a Servicios al Afiliado de MMM Balance. Con gusto, le ayudaremos.

Método	Servicios al Afiliado - información de contacto
LLAME	<p>787-620-2397 (Área Metro) 1-866-333-5470</p> <p>Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Servicios al Afiliado tiene un servicio gratuito de intérpretes para personas que no hablan español.</p>

Método	Servicios al Afiliado - información de contacto
TTY	<p>711</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
FAX	787-622-0485
ESCRIBA	<p>MMM Healthcare, LLC. Departamento de Servicios al Afiliado PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Correo electrónico: mmm@mmmhc.com</p>
INTERNET	www.mmmpr.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cubierta o apelación sobre atención médica

Una decisión de cubierta es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cubierta o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cubierta que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes

cubierta o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)).

Método	Decisiones de cubierta sobre cuidado de salud: información de contacto
LLAME	787-620-2397 (Área Metro) 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	787-620-2388
ESCRIBA	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Servicios al Afiliado PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Correo electrónico: mmm@mmmhc.com
INTERNET	www.mmmpr.com

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
LLAME	787-620-2397 (Área Metro) 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	787-625-3375
ESCRIBA	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Apelaciones y Querellas PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Correo electrónico: mmm@mmmhc.com
INTERNET	www.mmmpr.com

Método	Decisiones de cubierta sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME	787-620-2397 (Área Metro) 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	787-300-5503 787-300-4887 para decisiones expeditas de la organización
ESCRIBA	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Servicios al Afiliado PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Correo electrónico: mmm@mmmhc.com

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Decisiones de cubierta sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
INTERNET	www.mmmpr.com

Método	Presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME	787-620-2397 (Área Metro) 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	787-620-2390

Método	Presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
ESCRIBA	<p>MMM Healthcare, LLC. Departamento de Apelaciones y Querellas PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014</p> <p>Correo electrónico: mmm@mmmhc.com</p>
INTERNET	www.mmmpr.com

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su cuidado de salud

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cubierta ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado de salud, consulte el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)).

Método	Quejas sobre el cuidado de salud: información de contacto
LLAME	<p>787-620-2397 (Área Metro) 1-866-333-5470</p>

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes

Método	Quejas sobre el cuidado de salud: información de contacto
	Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	<p>711</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
FAX	787-625-3375
ESCRIB A	<p>MMM Healthcare, LLC. Departamento de Apelaciones y Querellas PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Correo electrónico: mmm@mmmhlc.com</p>
INTERN ET MEDICA RE	<p>Puede presentar una queja sobre MMM Balance directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Método	Presentar una queja sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME	787-620-2397 (Área Metro) 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	787-620-2390
ESCRIBA	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Apelaciones y Querellas PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Correo electrónico: mmm@mmmhc.com
INTERNET MEDICARE	Puede presentar una queja sobre MMM Balance directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

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

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

Método	Solicitudes de pago por cuidado de salud: información de contacto
LLAME	787-620-2397 (Área Metro) 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes

TTY	<p>711</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
FAX	787-622-0485
ESCRIBA	<p>MMM Healthcare, LLC. Departamento de Servicios al Afiliado PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014</p> <p>Correo electrónico: mmm@mmmhc.com</p>
INTERNET	www.mmmpr.com

Método	Solicitudes de pago por Medicamentos Recetados: información de contacto
LLAME	<p>787-620-2397 (Área Metro) 1-866-333-5470</p> <p>Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>

Método	Solicitudes de pago por Medicamentos Recetados: información de contacto
TTY	<p>711</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
FAX	787-300-5503
ESCRIBA	<p>MMM Healthcare, LLC. Departamento de Farmacia PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014</p> <p>Correo electrónico: mmm@mmmhc.com</p>
INTERNET	www.mmmpr.com

Cómo comunicarse con nosotros para información relacionada a Servicios de Cuidado Paliativo y Hospicio

Método	Servicios de Cuidado Paliativo y Hospicio: información de contacto
LLAME	787-993-2314 (Área Metro) 1-866-944-8444 Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
FAX	787-999-1742
ESCRIBA	Correo electrónico: palliativecareprogramreferrals@mmmhc.com

SECCIÓN 2 Medicare

(cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal

(insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados “CMS”). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son libres de cargo. 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargo.

INTERNET www.medicare.gov**ET**

Esta es la página oficial de Internet para Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y asuntos actuales relacionados con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares para ancianos, médicos, agencias de cuidado en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.

La página de internet de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:

- **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.
- **Buscador de planes de Medicare:** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor estimado de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Método Medicare: información de contacto

También puede utilizar la página de internet para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de MMM Balance:

- **Informe a Medicare sobre su queja:** puede presentar una queja sobre MMM Balance directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si no tiene una computadora, la biblioteca o centro local para personas de edad avanzada pueden ayudarlo a ingresar a la página de internet con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en la página de Internet y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1 800 MEDICARE (1 800 633 4227), 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1 877 486 2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés)

(ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Puerto Rico, el SHIP se llama Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada.

La Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada es independiente (no tiene relación con ningún plan de salud o compañía de seguros). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar orientación gratis sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada también pueden ayudarlo a con problemas o preguntas de Medicare y a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODOS PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov.
- Presione “**Hablar con alguien**” en el medio de la página principal
- Ahora tiene las siguientes opciones
 - Opción #1: Puede tener un chat en vivo con un representante del 1-800-MEDICARE
 - Opción #2: Puede seleccionar su “**ESTADO**” en el menú desplegable y presionar en **IR**. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada (SHIP en Puerto Rico): información de contacto
LLAME	787-721-6121 o 1-877-725-4300 (Área Metro) 1-800-981-0056 (Región de Mayagüez) 1-800-981-7735 (Región de Ponce)
	Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Método	Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada (SHIP en Puerto Rico): información de contacto
TTY	787-919-7291 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA	Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud PO Box 191179 San Juan, PR 00919-1179
INTERNET	www.oppea.pr.gov/

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para servir a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Puerto Rico, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta, LLC.

Livanta, LLC. cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por Medicare para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención

que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta, LLC. es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con Livanta, LLC. (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Puerto Rico):

- Si tiene una queja sobre la calidad del servicio que recibió.
- Si cree que la cubierta para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cubierta de cuidado de salud en el hogar, servicios en centros de enfermería especializada, cuidado de hospicio, o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés) finaliza demasiado pronto.

Método	Livanta, LLC. (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Puerto Rico): información de contacto
LLAME	787-520-5743 Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días feriados, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.

Método	Livanta, LLC. (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Puerto Rico): información de contacto
TTY	1-866-868-2289 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
FAX	1-855-236-2423
ESCRIBA	LIVANTA BFCC-QIO 10820, Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
INTERNET	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

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

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

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.</p> <p>Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.</p>

Método	Seguro Social: información de contacto
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargo. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
INTERNET	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a algunas personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus gastos médicos. Algunas personas con Medicare también son elegibles a Medicaid.

Para conocer más sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Salud (Programa Medicaid de Puerto Rico).

Método	Departamento de Salud (Programa Medicaid de Puerto Rico) – Información de Contacto
LLAME	787-641-4224 Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
TTY	787-625-6955 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA	Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico Programa de Asistencia Médica PO Box 70184 San Juan, PR 00936-8184 Email: prmedicaid@salud.pr.gov
INTERNET	www.medicaid.pr.gov

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

La página electrónica Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) brinda información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos

limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Hay programas en Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar por sus costos de Medicare. Los programas varían por área. Llame a su oficina local de Asistencia Médica (Medicaid) para más información sobre sus reglamentos (los teléfonos aparecen en la Sección 6 de este Capítulo). O, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y diga "Medicaid" para más información. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar www.medicare.gov para más información.

MMM Balance ofrece cubierta adicional en la brecha para insulinas selectas. Durante la etapa de brecha de cubierta, sus gastos de su bolsillo para insulinas selectas serán \$0 de copago por un suministro de un mes. Consulte el Capítulo 6, Sección 6 para obtener más información sobre su cubierta durante la etapa de brecha de cubierta. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"). Para averiguar qué medicamentos son insulinas selectas, revise la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. Puede identificar las insulinas selectas por SSM. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicios al

Afiliado (los números de teléfono de Servicios al Afiliado están impresos en la parte de atrás de este folleto).

¿Qué sucede si usted tiene cubierta de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a individuos que viven con VIH/ SIDA, elegibles a ADAP, a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos en el formulario ADAP cualifican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través del Programa Ryan White Parte B del Departamento de Salud de Puerto Rico.

Nota: Para ser elegible para el ADAP vigente en su estado, los individuos tienen que cumplir con criterios específicos, incluyendo prueba de residencia en el estado y de la condición de VIH, bajos ingresos según definidos por el estado y no tener seguro médico, o tener una cubierta limitada.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al 787-765-2929, extensiones 5106, 5107, 5114, 5115, 5116, 5117, 5119, 5132, 5135, 5136, 5137 y 5138.

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

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

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles.</p> <p>Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.</p>

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios: información de contacto
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su patrono (o el de su cónyuge) o de un grupo de empleados retirados como parte de este plan, usted puede llamar al administrador de beneficios de su patrono o unión, o a Servicios al Afiliado, si tiene preguntas. Puede preguntar por los beneficios de salud patronales o de jubilación que ofrece su patrono (o el de su cónyuge), las primas o el período de afiliación (los números de teléfono de Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) para preguntas relacionadas con su cubierta Medicare bajo este plan.

Si tiene otra cubierta para medicamentos recetados a través de su patrono o grupo de retirados (o el de su cónyuge), por favor comuníquese con el **administrador de**

beneficios de ese grupo. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo su cubierta de medicamentos recetados actual funcionará con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

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

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

Este capítulo explica lo que debe saber con respecto a usar el plan para obtener su cuidado médico cubierto. El mismo contiene definiciones de términos y explica las reglas que debe seguir para obtener tratamientos médicos, servicios, equipo, medicamentos recetados y otros cuidados médicos que estén cubiertos por el plan.

Para detalles sobre qué cuidado médico está cubierto por nuestro plan y cuánto paga por su parte del costo al obtener estos cuidados, utilice la Tabla de Beneficios que aparece en el próximo capítulo, el Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

<h3>Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?</h3>

- Los “**proveedores**” son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y cuidado médico. El término “proveedores” también incluye hospitales y otras instalaciones de cuidado de salud.
- Los “**proveedores de la red**” son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otras instalaciones para el cuidado de la salud que han llegado a un acuerdo con nosotros para aceptar, tanto nuestro pago como la cantidad que le

corresponde a usted pagar, como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores le brinden los servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente a nosotros por el cuidado que le dan a usted. Cuando visita a un proveedor de la red, solo paga la cantidad del costo por los servicios que le corresponde.

- Los “**servicios cubiertos**” incluyen todo el cuidado médico, los servicios de cuidado de salud, los suplidos, el equipo y medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para cuidado médico se encuentran en la tabla de beneficios en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos de medicamentos recetados se detallan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener el cuidado de salud cubiertos por su plan

Como un plan de salud de Medicare, MMM Balance tiene que cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y tiene que seguir las reglas de cubierta de Medicare Original.

MMM Balance cubrirá, por lo general, su cuidado médico, siempre y cuando:

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

- **El cuidado que reciba se considere médicamente necesario.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suplidos, equipo o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los criterios aceptados por la práctica médica.
- **Tenga un proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) de la red que brinde y supervise su cuidado de salud.** Como afiliado del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de nuestra red deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de cuidado de salud en el hogar. A esto se le denomina darle un “referido”. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo
 - Los referidos de su PCP no son necesarios para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la autorización previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).

- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. Existen cuatro excepciones:
 - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita cuidado médico que Medicare le requiere a nuestro plan cubrir, pero no hay especialistas en nuestra red que provea ese cuidado, usted puede obtener este cuidado de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Tendrá que solicitar autorización del plan antes de solicitar el cuidado. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si obtuviese el cuidado de un proveedor en la red. Para información sobre cómo obtener aprobación para ver a un médico fuera de la red, vea la Sección 2.4 de este capítulo.
 - Si se encuentra fuera del área de servicio y necesita cuidado médico, puede obtener dicho cuidado de un proveedor fuera de la red. Tendrá

que obtener autorización del plan antes de solicitar el cuidado. En esta situación, pagará un costo compartido más alto que el que pagaría si un proveedor de la red le brindara el cuidado. Este beneficio está sujeto a un costo compartido más alto y a una cantidad máxima anual en dólares. Tenga en cuenta que el beneficio POS cubre los Estados Unidos y sus territorios. Los proveedores que prestan servicios bajo esta opción tienen que estar licenciados o certificados por el estado.

- El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporera­mente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o no se puede acceder a él temporera­mente. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Medicare Original. 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 puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporera­mente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener cuidado de salud

<h3>Sección 2.1 Usted tiene que elegir a un proveedor de cuidado primario (PCP) para que brinde y supervise su cuidado de salud</h3>

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

- **¿Qué es un PCP?**

Cuando se convierte en afiliado de nuestro plan, tiene que elegir a un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un médico que cumple con los requisitos estatales y está adiestrado para brindarle cuidado médico básico. Como explicamos a continuación, usted obtendrá su cuidado de rutina o básico de su PCP. Su PCP le brindará la mayoría de su cuidado y le ayudará a planificar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que obtendrá como afiliado de nuestro plan.

- **¿Qué tipos de proveedores podrían servir como PCP?**

El PCP es un médico especializado en medicina interna, medicina de familia, práctica general o geriatría, al cual tendrá acceso sin referido y quien tiene un acuerdo contractual, directo o indirecto, con nosotros.

- **El rol de un PCP en su plan**

Su PCP está adiestrado para darle cuidado médico básico. Su PCP le brindará la mayor parte de su cuidado y le ayudará a gestionar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como afiliado de nuestro plan. Esto incluye rayos X, pruebas de laboratorio, terapias, cuidado de médicos que sean especialistas, admisiones a hospitales y cuidado de seguimiento.

- **¿Cuál es el rol del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?**

“Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su cuidado y cómo este progresa. Si necesita algunos tipos de servicios o de suplidos cubiertos, tiene que obtener aprobación por adelantado (obtener un referido) de su PCP. En algunos casos, su PCP tendrá que obtener preautorización (aprobación previa) de nosotros. Como su PCP proveerá y coordinará su cuidado médico, usted debe enviar todos sus expedientes médicos pasados a su oficina.

Usted no necesita referidos para visitar a especialistas. Si necesita servicios médicos de un especialista fuera de la red, tiene que obtener preautorización. Si nuestro plan no le da una preautorización, puede que tenga que pagar por estos servicios de su bolsillo.

¿Cómo escoge su PCP?

Usted escogerá a su PCP utilizando el Directorio de Proveedores y Farmacias cuando se afilie a nuestro plan.

Cambiando su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Incluso, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que buscar un PCP nuevo. Si cambia su PCP, usted no estará limitado a especialistas y hospitales específicos a los cuales ese PCP refiere.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios al Afiliado. Su solicitud entrará en vigor el primer día del mes después del recibo de su solicitud.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de cuidado médico puede obtener sin un referido de su PCP?

Usted puede obtener los servicios que aparecen a continuación sin aprobación previa de su PCP.

- Cuidado femenino de rutina, el cual incluye exámenes de los senos, mamografías (rayos X de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que se los realice un proveedor de la red.
- Vacunas contra la influenza, vacunas contra COVID-19, la hepatitis B y la pulmonía, siempre que se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores dentro y fuera de la red
- Servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son una emergencia, proporcionados cuando los

proveedores de la red no están disponibles o están inaccesibles temporariamente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser necesarios inmediatamente y médicamente necesarios.

- Servicios de diálisis del riñón que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporariamente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, por favor llame a Servicios al Afiliado antes de salir del área de servicio para ayudarlo a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera de nuestra área.

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

Un especialista es un médico que provee servicios de cuidado de salud para enfermedades o partes del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de especialistas. Aquí tiene algunos ejemplos:

- Oncólogos, los que atienden a los pacientes de cáncer.
- Cardiólogos, los que atienden a los pacientes con condiciones del corazón.
- Ortopedias, los que atienden a los pacientes con algunas condiciones de los huesos, las coyunturas o los músculos.

¿Cuál es el rol (si alguno) del PCP en el referido de afiliados a especialistas y otros proveedores?

Su PCP le ayudará a encontrar al especialista del plan que esté cualificado para tratar su condición. Sin embargo, usted no necesita aprobación de su PCP para ver a un especialista del plan. Puede visitar al especialista directamente siempre que él/ella pertenezca a la red del plan. Si cambia su PCP, usted no estará limitado a especialistas y hospitales específicos a los cuales ese PCP refiere.

¿Para qué servicios tendrá el PCP que obtener PA del plan?

Cuando usted visita a un proveedor especialista del plan y el médico necesita hacer algunas pruebas o cirugía, el médico tiene que, primero, recibir preautorización de nuestro plan. El médico es responsable de obtener la preautorización para usted. Vea los requisitos para preautorizaciones y/o referidos para cada servicio en el Capítulo 4.

¿Qué pasa si un especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan?

Podemos hacer cambios a nuestra red de hospitales, doctores y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Si su doctor o especialista deja su plan, usted tiene algunos derechos y protecciones resumidas a continuación:

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar la cubierta del plan para obtener servicios médicos

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos acceso ininterrumpido a doctores y especialistas cualificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con, al menos, 30 días de anticipación si su proveedor deja su plan para que tenga tiempo de escoger a un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a escoger un nuevo proveedor cualificado para que continúe manejando el cuidado de su salud.
- Si está bajo algún tratamiento médico, usted tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo continúe sin interrupciones, y trabajaremos con usted para asegurar que así sea.
- Si nuestra red no tiene un especialista cualificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido dentro de la red. Deberá obtener una autorización del plan antes de buscar el cuidado.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para manejar su cuidado.

- Si entiende que no le hemos provisto un proveedor cualificado en reemplazo de su proveedor previo o que su cuidado no se está manejando apropiadamente, usted tiene derecho a solicitar una queja sobre la calidad de cuidado ante la QIO, una querrela sobre la calidad del cuidado al plan o ambos. Por favor, vea el Capítulo 9.

Acceso a servicios de cuidado paliativo y hospicio

Puede acceder a los beneficios de cuidado paliativo y hospicio llamando al Programa de Manejo de Casos del plan. Para más información, puede comunicarse con el Programa de Manejo de Casos llamando al 787-993-2314 o al 1-866-944-8444 (libre de cargo), por fax al 787-999-1742 o por correo electrónico a palliativecareprogramreferrals@mmmhc.com. Los servicios son interdisciplinarios y se ofrecen de acuerdo con sus necesidades y a las instrucciones y decisiones descritas por usted y su familia en su documento de Directrices Anticipadas. El Programa de Cuidado Paliativo trabaja en colaboración con su médico primario y su manejador de casos asignado para determinar el nivel de cuidado que puede necesitar según su condición, tratamiento y resultados de la evaluación. El Programa de Cuidado Paliativo lo ayudará a comprender qué servicios estarán disponibles para usted bajo este programa, donde puede encontrar proveedores de cuidado paliativo y hospicios participantes y cómo nos aseguraremos de que continúe recibiendo servicios clínicos y cualquier

tratamiento que esté recibiendo durante su transición a cuidados en hospicio.

Sección 2.4 Cómo obtener cuidado de proveedores que estén fuera de nuestra red

La opción Punto de Servicio (POS) le permite utilizar médicos y hospitales fuera de la red de proveedores del plan. Usted puede recibir todos los servicios cubiertos por el plan de parte de proveedores que no sean de la red, pero tendrá que pagar un costo compartido mayor al que pagaría cuando usa proveedores de la red. Tenga en cuenta que el beneficio POS cubre los Estados Unidos y sus territorios. Los proveedores que prestan servicios bajo esta opción tienen que estar licenciados o certificados por el estado.

Este beneficio no es lo mismo que visitar médicos y/u hospitales durante una emergencia o situación de cuidado urgentemente necesario. O, si necesita cuidado médico que Medicare requiere que nuestro plan cubra y nuestra red no tiene proveedores disponibles para dar el servicio, usted puede obtener el cuidado de un proveedor fuera de la red. Tendrá que obtener autorización del plan antes de solicitar el cuidado. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si el cuidado fuera provisto por un proveedor dentro de la red. El plan cubre servicios de diálisis a afiliados con ESRD que viajen fuera del área de servicio del plan y que no puedan llegar a proveedores contratados de ESRD. Por favor, refiérase al Capítulo 4 para más información sobre sus costos compartidos bajo

la opción POS, la cantidad máxima en dólares y requisitos de preautorización.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de emergencia o cuidados de urgencia o durante un desastre

<h3>Sección 3.1 Obteniendo cuidado en caso de una emergencia médica</h3>

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

Una “**emergencia médica**” es cuando usted o cualquier persona prudente y con conocimientos básicos de salud y medicina, considera que sus síntomas médicos requieren atención inmediata para evitar pérdida de vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos podrían ser a causa de una enfermedad, lesión, dolor agudo, o una condición médica que se deteriora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si es necesario. Usted no tiene que obtener aprobación o un referido previo de su PCP. No necesita usar un médico de la red. Puede obtener cuidado médico de

emergencia cubierto siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no es parte de nuestra red. Nuestro plan provee cubierta mundial para servicios de cuidado de emergencia y urgencia fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: Si presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de vida, pérdida de la salud, la pérdida de una extremidad o para recuperar la función máxima de una extremidad que se encuentre en peligro grave. Sus síntomas pudiesen ser provocados por una enfermedad, lesión, dolor severo o por alguna condición médica que empeora rápidamente.

- **Tan pronto pueda, asegúrese de avisarle a nuestro plan sobre su emergencia.** Necesitamos darle seguimiento a su cuidado de emergencia. Usted u otra persona debe llamar para informarnos sobre su cuidado de emergencia, por lo general, dentro de 48 horas. Llame a Servicios al Afiliado a los números que aparecen impresos al final de este folleto.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencia de cualquier otra manera podría poner su salud en peligro. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le estén brindando cuidado de emergencia decidirán cuándo su condición se considere estable y la emergencia médica haya pasado.

Después que pase la emergencia, usted tiene derecho a obtener cuidado de seguimiento para asegurarse de que su condición se mantiene estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y planifiquen cuidado adicional. Su cuidado de seguimiento será cubierto por nuestro plan.

Si su cuidado de emergencia es provisto por proveedores fuera de la red, trataremos de hacer arreglos para que proveedores dentro de la red se encarguen de su cuidado tan pronto su condición médica y las circunstancias lo permitan.

Y, ¿qué pasa si no fue una emergencia médica?

A veces es difícil saber si uno tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted pudiera ir en busca de cuidado de emergencia - pensando que su salud está en grave peligro - y el médico determina que, después de todo, no fue una emergencia médica. Si, al fin y al cabo, resulta que no fue una emergencia, cubriremos su cuidado siempre y cuando usted, razonablemente, haya pensado que su salud estaba en serio riesgo.

Sin embargo, después de que el médico establezca que *no* fue una emergencia, cubriremos el cuidado adicional *solo* si lo obtiene de una de estas dos formas:

- Usted va a un proveedor de la red para obtener el cuidado adicional.
- – o –El cuidado adicional que obtiene se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener estos cuidados de urgencias (para más información sobre esto, vea la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener cuidado de salud cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

¿Qué son “servicios de urgencia”?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia proporcionados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son i) un dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana o ii) un brote repentino de una condición conocida cuando se encuentra temporariamente fuera del área de servicio.

Los afiliados tienen acceso a una instalación de cuidado urgente en su región. Una lista de las instalaciones contratadas está disponible en el Directorio de Proveedores y Farmacias actual en nuestra página de Internet y distribuida en las oficinas de los PCPs con

números de teléfono y direcciones para información de los afiliados. Actualmente, la red de instalaciones de cuidado urgente se conoce como MMM Centros de Urgencia. Esas instalaciones están disponibles a través de toda la Isla y ofrecen servicios médicos y complementarios de diagnóstico tales como: servicios de laboratorios clínicos y de radiología. Algunas de las instalaciones están abiertas las 24 horas, los 7 días de la semana, y otras instalaciones tienen horarios extendidos para su conveniencia. También, algunos MMM Centros de Urgencia tienen servicio de vacunación disponible para nuestros afiliados.

En algunos de nuestros MMM Centros de Urgencia, ofrecemos una alternativa innovadora y accesible para el cuidado de úlceras y heridas. Utilizamos tecnología de avanzada, protocolos clínicos validados científicamente y prácticas basadas en evidencia médica para la curación de úlceras y heridas en un menor tiempo. Contamos con profesionales capacitados y con amplia experiencia en el manejo de heridas, preparados para tratar adecuadamente las úlceras y heridas y asegurar que el paciente reciba un buen cuidado. Llame ahora para una cita o consulte con su médico primario sobre cómo puede beneficiarse de este servicio.

Nuestro plan provee cubierta mundial para servicios de cuidado de emergencia y urgencia fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: Si presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de vida, pérdida de la

salud, la pérdida de una extremidad o para recuperar la función máxima de una extremidad que se encuentre en peligro grave. Sus síntomas pudiesen ser provocados por una enfermedad, lesión, dolor severo o por alguna condición médica que empeora rápidamente.

Sección 3.3 Recibiendo cuidado durante un desastre

Si el Gobernador de Puerto Rico, el Secretario de Salud y Servicios Humanos o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene derecho a cuidado de su plan.

Por favor, visite la siguiente página web:
www.mmmpr.com para información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red bajo el costo compartido de proveedores de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, usted puede pedir el despacho de sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Por favor, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si le facturan directamente por el costo completo de sus servicios cubiertos?

Sección 4.1 Usted puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos

Si pagó más del costo compartido del plan por servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo completo de servicios médicos cubiertos, vea el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

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

MMM Balance cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para servicios cubiertos que tienen límites de beneficios, usted también pagará el costo completo de cualquier servicio que obtenga después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Para los beneficios que se definen por sus límites de cantidad o

gastos, cualquier costo sobre la cubierta descrita no contará para agregarse al máximo de los gastos de bolsillo.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos si usted forma parte de un “estudio de investigación clínica”?

<h3>Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?</h3>
--

Un estudio de investigación clínica (también conocido como “prueba clínica”) es un medio para que los médicos y otros científicos prueben nuevos tipos de cuidado médico, por ejemplo, cuán bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Luego de que Medicare apruebe el estudio, y usted muestre interés, alguien que trabaje en el mismo se comunicará con usted para darle más detalles y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo la investigación. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos de este y comprenda y acepte plenamente lo que implica participar en dicho estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico cualificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Cuando está en un estudio de investigación clínica, puede permanecer afiliado a nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su cuidado (el cuidado que no esté relacionado con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* tiene que obtener aprobación nuestra o de su PCP. Los proveedores que le brindarán cuidado como parte del estudio de investigación clínica no tienen que pertenecer a nuestra red de proveedores.

Aun cuando no necesite permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le pedimos que nos informe que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos cualificados por Medicare.

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

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga por qué?

Cuando se integra a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, incluyendo:

- Habitación y comida para una hospitalización por la que Medicare pagaría, aunque usted no estuviera participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico, si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento por los efectos secundarios y las complicaciones a causa del nuevo cuidado.

Luego de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos de Medicare Original y sus costos compartidos como afiliado de nuestro plan. Esto quiere decir que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que lo que pagaría si recibiera dichos servicios a través de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto costo compartido pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

He aquí un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Digamos que le hacen una prueba de

laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Digamos, también, que su parte del costo para esta prueba es \$20 bajo Medicare Original, pero la prueba le costaría \$10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Medicare Original. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

Cuando usted es parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará por nada de lo siguiente:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio esté probando a no ser que Medicare cubriese dicho artículo o servicio, aunque usted *no* estuviera participando en un estudio.
- Artículos o servicios provistos solo para recopilar datos, sin ser usados directamente en el cuidado de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagará por tomografías computadorizadas (CT, por sus siglas en inglés) mensuales hechas como parte del estudio si

su condición médica normalmente requiere una sola tomografía computadorizada.

¿Quiere saber más?

Puede obtener más información sobre la participación en estudios de investigación clínica accediendo la página de Internet de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare y los Estudios de Investigación Clínica” (La publicación está disponible en:

www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).

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

SECCIÓN 6 Reglas para obtener cuidado en una “institución religiosa no médica para el cuidado de la salud”

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud?

Una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud es una instalación que provee cuidado para una condición que, generalmente, sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si obtener cuidado en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas de un afiliado, nosotros le proveeremos cubierta para cuidado en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud. Este beneficio se provee solo para servicios de hospitalización de la Parte A (servicios no médicos de cuidado de la salud).

Sección 6.2 Recibiendo cuidado de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud

Para obtener cuidado de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud, tiene que firmar un documento legal que diga que usted, por razones de conciencia, se opone a recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- El cuidado o tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier cuidado o tratamiento médico que sea

voluntario y no requerido por ninguna ley federal, estatal o local.

- El tratamiento médico “exceptuado” es cuidado o tratamiento médico que *no* es voluntario o que es *requerido* por ley federal, estatal o local.

Para que lo cubra nuestro plan, el cuidado que obtenga de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que provea el cuidado tiene que estar certificada por Medicare.
- La cubierta de servicios que reciba de nuestro plan está limitada a los aspectos *no religiosos* del cuidado.
- Si recibe servicios de esta institución que le son provistos en una instalación, los siguientes requisitos aplican:
 - Usted tiene que tener una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de cuidado en un hospital o cuidado en un centro de enfermería especializada.
 - – y – Usted tiene que obtener aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido a la instalación o su estadía no será cubierta.

La cubierta de Beneficios por Hospitalización para este plan es ilimitada. Para más información, por favor refiérase al Beneficio de Hospitalización de Medicare en la Tabla de Beneficios que se incluye en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Podrá hacerse dueño del equipo médico duradero después de hacer una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipo y suplidos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, colchones con sistemas motorizados, muletas, suplidos para diabéticos, generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenados por un proveedor para uso en el hogar. El afiliado siempre es dueño de algunos artículos, como las prótesis. En esta sección, hablaremos sobre otros tipos de equipo médico duradero (DME) que tiene que alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan algunos tipos de equipo médico duradero (DME) adquieren el mismo después de efectuar copagos por el equipo por 13 meses. No obstante, como afiliado de MMM Balance, usualmente, no se convertirá en dueño del equipo médico duradero (DME) alquilado no importa cuántos copagos realice por el equipo mientras sea afiliado de nuestro plan, aun si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Medicare Original antes de afiliarse a nuestro plan. En limitadas y específicas circunstancias, transferiremos la propiedad del artículo de equipo médico duradero (DME) a usted. Llame a Servicios al Afiliado para más información.

¿Qué pasa con los pagos que ha hecho por equipo médico duradero si se cambia a Medicare Original?

Si no se convirtió en dueño del equipo médico duradero (DME) mientras estuvo en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos por el equipo luego de cambiarse a Medicare Original para poder convertirse en dueño de este. Los pagos que hizo mientras fue afiliado de nuestro plan no contarán para cumplir con estos 13 pagos consecutivos.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se afilió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare Original no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de que el artículo sea de usted.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se afilió a nuestro plan. Estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se una de nuevo a Medicare Original. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o al Medicare Original) no cuentan.

<h3>Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento</h3>

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cubierta para el equipo de oxígeno de Medicare, MMM Balance cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubería y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja MMM Balance o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver.

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

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses alquilas el equipo. Los 24 meses restantes el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago de oxígeno). Después de cinco años, puede optar por permanecer en la misma compañía o cambiar a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma compañía, se requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

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

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

Este capítulo provee una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como afiliado de MMM Balance. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

<h3>Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos</h3>

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

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

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

Sección 2, le brinda más información sobre su coaseguro).

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

Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Como está afiliado a un plan Medicare Advantage, hay un límite en la cantidad total que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos en la red y fuera de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se llama el costo máximo de bolsillo por servicios médicos. Para el año natural 2023, esta cantidad es \$3,250.

Las cantidades que pague en copagos y coaseguros por servicios cubiertos en la red y fuera de la red cuentan para esa cantidad máxima de su bolsillo. Las cantidades que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para alcanzar la cantidad máxima de bolsillo. Si llega a la cantidad máxima de su bolsillo de \$3,250, no tendrá que pagar ningún costo de su bolsillo por lo que reste del año por servicios cubiertos en la red. Sin embargo, tendrá que seguir pagando la prima de

Medicare Parte B (a menos que su prima de la Parte B sea pagada por Medicaid o por terceros).

Sección 1.3 Nuestro plan no les permite a los proveedores que le hagan "facturación de saldos"

Como afiliado de MMM Balance, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden añadir cargos separados adicionales, lo que se conoce como "facturación de saldos". Esta protección aplica aun cuando le paguemos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos algunos cargos de proveedores.

Aquí incluimos un ejemplo de cómo funciona esta protección.

- Si la parte que le toca pagar es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), usted solo paga esa cantidad por cualesquiera servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si la parte que le toca pagar es un coaseguro (un porcentaje de los costos totales), entonces nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que vea:

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

- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el por ciento de coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según determinada en el contrato entre el proveedor y el plan).
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que es participante de Medicare, usted paga el por ciento del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en algunas situaciones, como cuando obtiene un referido o para servicios de emergencias o urgentemente necesarios).
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no es participante de Medicare, usted paga el por ciento del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en algunas situaciones, como cuando obtiene un referido, o para servicios de emergencias o urgentemente necesarios.).
- Si entiende que un proveedor le ha hecho una “facturación de saldos”, llame a Servicios al Afiliado.

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

SECCIÓN 2 Use esta *Tabla de Beneficios Médicos* para saber lo que está cubierto y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como afiliado del plan

La Tabla de Beneficios Médicos que aparece en las siguientes páginas presenta los servicios que MMM Balance cubre y lo que usted pagará de su bolsillo por cada servicio. La cubierta de medicamentos recetados de la Parte D aparece en el Capítulo 5. Los servicios que incluye la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cubierta:

- Sus servicios cubiertos por Medicare tienen que ser provistos de acuerdo con las guías de cubierta establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo cuidado médico, servicios, suplidos, equipo y medicamentos recetados de la Parte B) *tienen* que ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suplidos o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica, y que cumplen con los parámetros aceptados dentro de la práctica médica.
- Usted recibe su cuidado de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de

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

un proveedor fuera de la red no estará cubierto, a menos que sea cuidado de emergencia o urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado un referido. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados.

- Usted tiene un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) que le brinda y supervisa su cuidado.
- Algunos de los servicios detallados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene aprobación por adelantado (a veces se le llama “preautorización”) de parte nuestra. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están resaltados **en negrillas** en la Tabla de Beneficios Médicos.

Otros aspectos importantes que debe conocer sobre su cubierta:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Por otros beneficios, paga *menos*. (Si desea conocer más sobre la cubierta y costos de Medicare Original, vea su folleto *Medicare & Usted 2023*. Accédalo por Internet en www.medicare.gov o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios

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

de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para todos los servicios preventivos cubiertos sin costo alguno por Medicare Original, nosotros también cubriremos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si además recibe tratamiento o monitoreo para una condición médica existente a la vez que recibe el servicio preventivo, aplicará un copago por la atención recibida para la condición médica existente.
- Si, durante el 2023, Medicare añade cubierta para cualesquiera servicios, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Medicare aprobó a MMM Balance para proporcionar estos beneficios como parte del programa *Value-Based Insurance Design*. Este programa le permite a Medicare integrar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage.

Información importante sobre beneficios para afiliados con una de ciertas condiciones crónicas

- Si un proveedor del plan le diagnostica la(s) siguiente(s) condición(es) crónica(s) identificada(s) a continuación y cumple con ciertos criterios médicos, puede ser elegible para beneficios suplementarios específicos y/o costos compartidos reducidos:
 - *Enfermedad hepática en etapa terminal, accidente cerebrovascular (CVA), trastornos neurológicos, enfermedad crónica de salud mental, ; trastornos pulmonares crónicos,*

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

diabetes, trastornos autoimmune, cáncer, trastorno cardiovascular, fallo cardiaco congestivo (CHF), dependencia crónica del alcohol y otras drogas, demencia, enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), VIH/SIDA, trastornos hematológicos graves, trastornos nutricionales, enfermedad renal crónica (CKD) etapa 3 & 4, trastorno gastrointestinal crónico, hiperlipidemia, presión arterial elevada.

- Para obtener más detalles, vea la fila "Ayuda con ciertas condiciones crónicas" en la Tabla de beneficios médicos a continuación.
- Información Importante sobre los beneficios para todos los afiliados que reciben los Servicios de Planificación de Bienestar y Cuidado de la Salud (WHP, por sus siglas en inglés.)
- Debido a que MMM Balance participa en MMM Encamina, Programa Colaborativo de Cuidado Coordinado Mejorado, MMM Flexi Card y MMM Asistencia, usted será elegible para los siguientes servicios de WHP, incluyendo los servicios de planificación de cuidados avanzados (ACP, por sus siglas en inglés):
- Nuestro Servicio de Planificación de Bienestar y Cuidado de la Salud (WHP) le ofrece la oportunidad de definir junto a su médico primario cualquier directriz anticipada que usted desee para su cuidado y tratamiento médico en caso de que en algún

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

momento usted no pueda tomar decisiones. Como parte de este proceso, también puede incluir a su cuidador designado. Su participación es voluntaria y puede optar por no participar de este programa en cualquier momento.

- El Programa de Manejo de Casos puede realizar una Evaluación del Riesgo para la Salud (HRA, por sus siglas en inglés) para evaluar su estado general de salud. Durante este examen, se le preguntará si sabe que tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento. Los siguientes son algunos de los temas que su proveedor o su manejador de casos discutirán con usted como parte del servicio de los Servicios de Planificación de Bienestar y Cuidado de la Salud:
 - Qué es una directriz anticipada;
 - Cómo usted puede tener una directriz anticipada como parte de su plan de cuidado;
 - Quién puede ayudarle si usted está interesado en tener directrices anticipadas, incluidas las de su plan de cuidados paliativos y hospicio; e
 - Información sobre cómo una directriz anticipada y las instrucciones de planificación de cuidado médico se mantienen en sus récords médicos y de manejo de caso.
- Todos los años, se le informará sobre su planificación de cuidado médico e instrucciones relacionadas con WHP durante sus visitas


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

anuales de bienestar o durante cualquier otro encuentro con sus proveedores. Estas visitas son una oportunidad para que usted discuta o haga cualquier cambio a sus directrices anticipadas con su proveedor.

- Además, nuestro Programa de Cuidados Paliativos y Hospicio le ofrece Servicios de Planificación de Bienestar y Cuidado de la Salud (WHP), para brindarle la oportunidad de determinar junto a su médico primario y/o manejador de casos las directrices anticipadas (AD, por sus siglas en inglés) y la planificación de cuidado de salud que considere importantes para usted. El plan le solicitará, en diferentes momentos, su opinión sobre el nivel de tratamiento y cuidado que desea, en caso de que no pueda tomar estas decisiones. Su familia o cuidador designado también pueden participar en este proceso. Su participación en este programa es voluntaria y usted es libre de negarse a participar en cualquier momento mientras recibe servicios de manejo de casos, hospicio o cuidados paliativos. En cualquier momento, usted y/o su cuidador pueden comunicarse con el personal del Programa de Cuidados Paliativos, o con el Manejador de Casos que se le asigne, para obtener más información sobre las directrices anticipadas o cualquier consideración


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

en particular que pueda tener sobre la planificación de cuidado médico.

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

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

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una sola ecografía de detección para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si usted tiene algunos factores de riesgo y si obtiene un referido para ello de su médico, asistente médico, enfermera especializada o especialista en enfermería clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para afiliados elegibles para este examen preventivo.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	\$10,000 para servicios fuera de la red.
<p>Acupuntura para dolor crónico de espalda baja</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para propósitos de este beneficio, el dolor crónico de espalda baja se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más; • No específico ya que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no asociado a enfermedades en metástasis, inflamatorias, infecciosas, etc.); • No relacionado con una cirugía; y 	<p><u>Acupuntura para dolor crónico de espalda baja cubierto por Medicare</u></p> <p>\$10 de copago</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio)</p> <p>20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • No relacionado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren alguna mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente.</p> <p>El tratamiento tiene que suspenderse si el paciente no mejora o si recae.</p> <p>Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en 1861 (r) (1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP) / especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifica en 1861 (aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar</p>	<p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p> <p><u>Servicios suplementarios de acupuntura</u> \$10 de copago</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none">• una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y,• una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un Estado, Territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP / CNS requerido por</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. <p>Acupuntura - Suplementario</p> <p>Usted es elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta diez (10) visitas para servicios suplementarios de acupuntura por año. • Reglas de autorización pueden aplicar. 	
<p>Terapias alternativas- Suplementario</p> <p>Usted es elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta doce (12) visitas para servicios de naturópata. 	<p><u>Terapias alternativas</u></p> <p>\$0 de copago</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Hasta \$60 cada tres (3) meses para ser utilizado para la compra de artículos homeopáticos / medicina natural cubiertos a través del catálogo de OTC. <p>Este es un beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), y dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio físico y para ejercitar la memoria solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.</p>	
<p>Servicios de Ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia aérea (helicóptero y avión) y de ambulancia terrestre a la 	<p><u>Ambulancia de emergencia</u> \$0 de copago por día de</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>instalación apropiada más cercana que pueda proporcionar la atención, solo si son provistos a un afiliado cuya condición médica es tal que otros medios de transportación podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan.</p>	<p>servicio independientemente del número de viajes</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Transportación de no-emergencia por ambulancia es apropiada si se documenta que la condición del afiliado es tal que otros medios de transportación podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. 	<p><u>Ambulancia de no-emergencia</u> \$0 de copago por día de servicio independientemente del número de viajes</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización aplican, excepto para cuidado de emergencia. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede coordinar una visita anual de bienestar para crear o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud al presente y factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede ocurrir dentro de los 12 meses a partir de su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no es necesario haber tenido una visita de “Bienvenida a Medicare” para estar</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible por la visita anual de bienestar.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>cubierto para la visita anual de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>
<p> Medida de densidad de masa ósea</p> <p>Para individuos que cualifiquen (generalmente, esto se refiere a las personas en riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios estarán cubiertos cada 24 meses o más frecuentemente de ser médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida de hueso o determinar la calidad del hueso, incluyendo la interpretación de los resultados por un médico.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para la medida de masa ósea cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio)</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>
<p> Detección del cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre las edades de 35 y 39 • Una mamografía cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para la detección de cáncer de mama (mamografía). <u>Fuera de la Red</u></p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>(Opción Punto de Servicio)</p> <p>20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y consejería están cubiertos para afiliados que cumplen con determinadas condiciones y cuentan con el referido de un médico. El plan también cubre los programas intensivos de</p>	<p><u>Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare</u></p> <p>\$5 de copago</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requiere referido de su PCP. • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p><u>Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare</u> \$5 de copago</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	servicios fuera de la red.
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una visita al año con su médico primario para ayudarle a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablarle sobre el uso de aspirina (de ser apropiado), verificar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que está comiendo saludablemente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para visita preventiva de terapia conductual intensiva de enfermedades cardiovasculares.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.
<p> Prueba de condiciones cardiovasculares</p> <p>Pruebas de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o irregularidades asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para pruebas de condiciones cardiovasculares cubiertas una vez cada 5 años.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio)</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p>20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. 	<p>No se requiere coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Si está en mayor riesgo de padecer cáncer del cuello del útero o cáncer vaginal, o si está en edad fértil y obtuvo un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou dentro de los pasados 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio)</p> <p>20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>
<p>Servicios Quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen:</p>	<p><u>Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare</u></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • La manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación (dislocación parcial). 	<p>\$5 de copago por visita</p>
<p>Servicios Quiroprácticos - Suplementarios</p>	<p><u>Servicios quiroprácticos suplementarios</u></p>
<p>Además, usted es elegible para:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Hasta ocho (8) visitas suplementarias para servicios quiroprácticos rutinarios, con un límite máximo del plan de hasta \$1,000 por año. 	<p>\$5 de copago por visita</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización aplican para servicios cubiertos fuera de la red. 	<p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio)</p>
	<p>20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	\$10,000 para servicios fuera de la red.
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para personas de 50 años o más, lo siguiente está cubierto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre oculta en excreta con guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Examen diagnóstico colorrectal basado en ADN cada 3 años</p> <p>Para personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba diagnóstica de colonoscopia (o enema de bario 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p> <p><u>Enema de bario cubierta por Medicare</u></p> <p>\$0 de copago</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>diagnóstica como alternativa) cada 24 meses.</p> <p>Para personas que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una colonoscopia diagnóstica cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses después de una sigmoidoscopia de detección. • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>(Opción Punto de Servicio)</p> <p>20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías</p>	<p><u>Servicios dentales cubiertos por Medicare</u></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Nosotros cubrimos:	0% de coaseguro
<p><u>Servicios Dentales cubiertos por Medicare</u></p> <p>Servicios cubiertos por Medicare, como algunos servicios dentales que recibe cuando está en un hospital si necesita procedimientos dentales complicados o de emergencia.</p>	<p><u>Servicios dentales preventivos y diagnósticos suplementarios:</u> \$0 de copago por visita a la oficina que puede incluir una combinación de los siguientes servicios cubiertos:</p>
<p><u>Servicios Dentales Preventivos y Diagnósticos - Suplementario</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación oral inicial - Hasta dos (2) evaluaciones orales iniciales por año si son hechas por diferentes proveedores y en diferentes oficinas dentales; una (1) evaluación oral hecha por un especialista cada doce (12) meses; una (1) evaluación periódica cada seis (6) meses, hasta dos (2) evaluaciones orales de emergencia en un año, y una (1) evaluación oral cada doce (12) 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones orales • Profilaxis (Limpieza) • Tratamiento de fluoruro • Radiografías dentales

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>meses / por especialista (solo para cirujano oral y maxilofacial y endodoncista). Examen periodontal comprensivo hecho por un especialista en periodoncia - Uno (1) cada doce (12) meses.</p> <p>Otras evaluaciones dentales no están cubiertas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías - Hasta un máximo de seis (6) periapicales (individuales) o una (1) combinación de dos (2) radiografías de mordida y cuatro (4) periapicales, cada doce (12) meses. Hasta una (1) serie completa de radiografías <i>full mouth</i> cada treinta y seis (36) meses o una (1) radiografía panorámica cada treinta y seis (36) meses. Una limita la otra. Se necesitan 12 meses para realizar cualquier otra radiografía individual 	<p><u>Servicios diagnósticos</u> 0% de coaseguro</p> <p><u>Servicios dentales comprensivos suplementarios:</u></p> <p><u>Servicios de restauración</u> 0% de coaseguro</p> <p><u>Endodoncia</u> 0% de coaseguro</p> <p><u>Periodoncia</u> 0% de coaseguro</p> <p><u>Extracciones</u></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
o radiografía de aleta de mordida.	0% de coaseguro
<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis – adulto o niño (limpieza oral) - Una (1) visita cada seis (6) meses para limpieza dental para adultos y para niños (menores de catorce (14) años) cada seis (6) meses y estará limitada por un mantenimiento periodontal o viceversa. 	<p><u>Cirugía oral y maxilofacial</u> 0% de coaseguro</p> <p><u>Servicios paliativos</u> 0% de coaseguro</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de vitalidad - Una (1) cada seis (6) meses por cuadrante. 	<p><u>Servicios de prostodoncia</u> 0% de coaseguro</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Fluoruro- Hasta una (1) visita para tratamiento de fluoruro cada seis (6) meses para menores de diecinueve (19) años de edad. Se requerirá informe que justifique este procedimiento en adultos. 	<p><u>Servicios disponibles en las Clínicas Multi-Especialidad</u> \$0 de copago</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Visita al hogar para servicios para aquellos asegurados que requieran atención médica inmediata y que estén imposibilitados de asistir a una oficina médico dental. <p>Servicios no mencionados arriba, no están cubiertos por el plan.</p> <p><u>Servicios Dentales Comprensivos – Suplementarios</u> Este plan tiene un límite máximo de hasta \$2,000 por año para los siguientes servicios dentales comprensivos suplementarios: (el límite máximo del plan no aplicará a los servicios de diagnóstico y preventivos) El afiliado debe conocer su balance disponible antes de solicitar cualquier servicio.</p> <p>Servicios de restauración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restauraciones en amalgama, resina o su reemplazo, cubiertas 	<p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) <u>Servicios dentales preventivos y suplementarios:</u> 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>cada veinticuatro (24) meses por diente/superficie. Si se necesita rehacer la restauración original, una justificación tiene que hacerse por escrito en el expediente del paciente. La misma limitación aplica si la restauración la hace otro dentista. En un período de dos (2) años, solamente habrá una (1) restauración o re-fabricación justificada. Si el mismo dentista/oficina necesita rehacer una restauración previa y añadir superficies adicionales en un periodo de seis (6) meses, solamente se considerarán las superficies añadidas. Las áreas previamente restauradas serán responsabilidad del afiliado.</p> <ul style="list-style-type: none">● Restauración protectora bajo sedación - Para dientes con caries profundas para aliviar el dolor y promover la curación. Limitado cada veinte cuatro (24) meses. Deben	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>haber transcurrido por lo menos cuatro (4) semanas antes de colocar la restauración final.</p> <ul style="list-style-type: none">● Poste y Coronas Individuales – Cubierto por año, por diente, por vida.● Reconstrucción de muñón, incluyendo los pasadores cuando sea necesario, cubierto cada veinticuatro (24) meses.● Reemplazo de coronas individuales cubierto cada cinco (5) años con documentación de justificación requerida (“by report”).<ul style="list-style-type: none">○ Corona Individual (corona temporera) - Resina○ Corona Individual - Porcelana fundida en metal noble y/o altamente noble○ Corona Individual - Porcelana/cerámica	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>La recementación de coronas y postes está limitada para el pago a uno (1) por diente por vida, después de seis meses de la cementación inicial.</p> <p>Los servicios no mencionados no están cubiertos por el plan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reglas de autorización aplican para coronas individuales. <p>Servicios de endodoncia:</p> <p>Un (1) tratamiento por diente por vida para cada servicio. Excluye la repetición del tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Root canal</i> (tratamiento de canal) – Un tratamiento de canal es un procedimiento que es necesario cuando la pulpa dentro del diente está infectada o inflamada.• Terapias endodónticas (excluye restauración final).	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Recubrimiento de pulpa directo / indirecto.• Pulpotomía (excluye restauración final).• Desbridamiento pulpar - consiste en la eliminación de todos los materiales de obturación del canal radicular y la colocación de una pasta antibacteriana llamada hidróxido de calcio. (Cubierto en dientes permanentes solo cuando lo realiza un proveedor diferente (especialista) y un consultorio dental diferente) <p>Los rayos X se incluyen como parte del tratamiento y pago de la terapia del canal radicular.</p> <p>Solo se reconocerá el pago de un nuevo tratamiento por diente de por vida.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Todo retratamiento requiere una predeterminación y debe ir acompañado de un informe detallado de los hallazgos clínicos y posibles causas para rehacerlo, con la radiografía periapical preoperatoria.</p>	
<p>No se aprobará una predeterminación de retratamiento, si el servicio es realizado por el mismo dentista / mismo consultorio antes de los tres años del tratamiento de endodoncia original.</p>	
<p>Se aprobará el retratamiento si lo realiza otro dentista y / u otro consultorio, incluyendo informe y radiografías.</p>	
<p>No se reconocerá como pago el retratamiento endodotal cuando se realice con fines preventivos en dientes asintomáticos, que no</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>presenten patología clínica y radiográficamente evidente.</p> <p>Los servicios no mencionados no están cubiertos por el plan.</p> <p>Servicios de periodoncia:</p> <ul style="list-style-type: none">• Limpieza periodontal - Una (1) cada seis (6) meses y se cubrirá siempre y cuando el paciente tenga historial previo de tratamiento de periodontal. Si no han pasado seis (6) meses, está limitada a una (1) limpieza regular y viceversa.• Desbridamiento completo – Uno (1) cada doce (12) meses desde la última limpieza oral (profilaxis).• Pulido y Raspado de Raíces Periodontales, Raspado Subgingival / Curetaje – Uno (1) por cuadrante cada veinticuatro (24) meses.	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Gingivectomía o gingivoplastia – están indicados para casos de hiperplasia gingival con pérdida ósea mínima o nula. Cubierto uno (1) por cuadrante cada veinticuatro (24) meses.• Cirugía ósea – procedimiento periodontal resectivo que implica la modificación del tejido óseo del soporte dental, que es una modalidad de tratamiento periodontal quirúrgico que se puede utilizar para eliminar eficazmente defectos óseos periodontales para estabilizar la inserción periodontal. Cubierta una (1) por cuadrante, siempre y cuando sea realizada por un especialista. <p>Los servicios de periodoncia deben tener</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>un informe que evidencie la necesidad clínica (<i>by report</i>) y radiografías pre-operatorias y registro (<i>charting</i>) periodontal clínico. El injerto óseo / la membrana no están cubiertos. Todos los demás servicios de periodoncia no están cubiertos.</p> <p>Los servicios no mencionados no están cubiertos por el plan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reglas de autorización pueden aplicar.	
<p>Servicios de cirugía oral y maxilofacial:</p> <p>Las extracciones incluyen anestesia local, suturas (si es necesario) y cuidados posoperatorios de rutina. La tarifa de todas las cirugías bucales y maxilofaciales incluye el cuidado posoperatorio de rutina.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Extracción de diente saliente o raíz expuesta.• Extracción quirúrgica de diente saliente o raíz residual.• Remoción de dientes impactados – en tejido blando.• Remoción de dientes impactados – parcial o completamente – en hueso.• Remoción de raíces dentales residuales.• Remoción de diente impactado – totalmente en hueso solo si la hace un especialista en cirugía oral o un especialista maxilofacial.• Incisión y drenaje de absceso en tejido blando – intraoral o tejido	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>extraoral - Uno (1) por cuadrante por año.</p> <ul style="list-style-type: none">● Incisión complicada y drenaje de abscesos - uno (1) por cuadrante por año.● Extracción de torus palatino, torus mandibular y eliminación de exostosis - Una (1) por arco cada cinco (5) años.● Frenectomía - una (1) por arco de por vida.● La alveoloplastia es un servicio no cubierto. Los servicios que no se mencionan anteriormente no están cubiertos por el plan.● Reglas de autorización aplican para la extracción del toro y la exostosis y para los tratamientos de frenectomía.	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aplicación de desensibilizante en superficie cervical o raíz- Uno (1) cada seis (6) meses.• Tratamiento para complicaciones postquirúrgicas. <p>Los servicios paliativos deben tener un informe que evidencie la necesidad clínica (<i>by report</i>).</p> <p>Servicios de prostodoncia:</p> <p><u>Prostodoncia removible</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Dentadura completa y parcial removible en resina o dentadura parcial en metal con base en resina (1 por arco: maxilar y/o mandibular), o dentadura parcial en base flexible (1 por arco: maxilar y / o mandibular) cada cinco (5) años. Las dentaduras	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>en base flexible (termoplásticas) no están cubiertas para las dentaduras completas y están limitados por cualquier otra prótesis removible, y viceversa.</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de reparación de dentaduras en metal y/o con base en resina, incluyendo servicios relacionados con la reparación de dentaduras completas o parciales existentes, serán cubiertos después de seis (6) meses de la fecha de inserción. <p>Reajuste de dentaduras completas cubierto uno (1) por dentadura cada 5 años, después de 6 meses a partir de la fecha de inserción. Incluye todos los ajustes necesarios dentro de los 6 meses posteriores a la fecha de inserción. No cubierto ajuste, rebase, reparaciones, reajuste o reemplazo de retenedores para dentadura parcial en</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>base flexible (Valplast®). Una prótesis removible puede tardar hasta 90 días para la adaptación de la misma. Si presenta alguna molestia, se recomienda consultar con su proveedor dental antes de presentar una queja.</p>	
<p>Todos los demás servicios de prótesis dental no están cubiertos. Los servicios que no se mencionan anteriormente no están cubiertos por el plan.</p>	
<p><u>Dentaduras fijas</u></p>	
<ul style="list-style-type: none">• Pónticos y retenedores para coronas- hasta cuatro (4) unidades de dentadura fija al año, cubierto uno (1) por diente de por vida.<ul style="list-style-type: none">○ Retenedor de corona - porcelana fundida en metal altamente noble.○ Retenedor de corona - fundido en metal noble.	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">○ Retenedor de corona - Porcelana / cerámica.○ Póntico - porcelana fundida en metal altamente noble.○ Póntico - Porcelana fundida en metal noble.○ Póntico - Porcelana / cerámica. <p>Para la aprobación del pago, se debe enviar radiografías previas y posteriores junto a la firma del afiliado y del dentista. La anestesia local se considera parte de los procedimientos de prótesis fijas.</p> <p><u>Implantes:</u> Hasta dos (2) implantes al año o cuatro (4) implantes al año para pacientes edéntulos. Cubierto uno (1) por diente de por vida.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Colocación quirúrgica del cuerpo del implante, implante endóseo y cirugía de implante	


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>de segunda etapa, cubierto uno (1) por diente de por vida.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Corona de porcelana apoyada sobre pilares (metal noble y / o metal altamente noble).○ Corona de porcelana / cerámica apoyada sobre pilares.○ Corona de porcelana soportada por implante (cerámica). <p>Las coronas sobre implantes están cubiertas una (1) por diente cada cinco (5) años con la justificación adecuada. Los servicios de implantes solo estarán cubiertos cuando los realice un proveedor certificado. Todos los pilares están cubiertos uno (1) por diente de por vida. La construcción de una dentadura postiza removible completa o parcial sobre un implante incluye todos los procedimientos, técnicas y materiales. También incluye todos los ajustes, reparaciones y sobrecostos hasta 6 meses después de la fecha de inserción.</p>	


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>El injerto óseo o el aumento de senos nasales no están cubiertos. No se aceptarán mini implantes como parte de las cubiertas de implantes. Los servicios que no se mencionan anteriormente no están cubiertos por el plan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reglas de autorización aplican para los servicios de prostodoncia. <p>MMM no será responsable y no aceptará ni pagará ningún tratamiento dental o trabajo dental realizado directamente por un técnico de laboratorio dental. Esto se considera una práctica dental ilegal.</p> <p>Para obtener más información sobre su cubierta dental, comuníquese con Servicios al Afiliado.</p>	


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba diagnóstica de depresión</p> <p>Cubrimos una evaluación para la detección de depresión por año. El examen diagnóstico debe realizarse en un entorno de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o referidos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reglas de autorización pueden aplicar.• Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para la visita anual de detección de depresión.</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>(Opción Punto de Servicio)</p> <p>20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba diagnóstica de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluye prueba de glucosa en ayunas) si tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles altos de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o historial de altos niveles de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden ser cubiertas si cumple con otros requisitos, como estar sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>En base a los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para un máximo de dos pruebas diagnósticas de diabetes cada 12 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>
<p> Adiestramiento para el automanejo de la diabetes, servicios y suplidos para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (tanto para usuarios como para no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suplidos para monitorear su glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y de los monitores. • Para las personas con diabetes con enfermedad del pie diabético severa: Un par de zapatos 	<p><u>Adiestramiento para el automanejo de la diabetes cubierto por Medicare</u> \$0 de copago</p> <p><u>Monitoreo de diabetes, servicios y suplidos de diabetes y zapatos terapéuticos y/o plantillas</u> 0% de coaseguro</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>terapéuticos hechos a la medida por año natural (incluyendo las plantillas que vienen con estos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas removibles, no personalizadas, que vienen con estos zapatos). La cubierta incluye el ajuste.</p> <ul style="list-style-type: none">• El adiestramiento para automanejo de la diabetes está cubierto en algunas condiciones.• Reglas de autorización pueden aplicar.• Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.	<p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio)</p> <p>20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suplidos relacionados</p> <p>(Para una definición de "equipo médico duradero", véase el Capítulo 12 así como el Capítulo 3, Sección 7 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, colchones con sistemas motorizados, suplidos para la diabetes, camas de hospital ordenadas por su médico para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no dispone de una marca o fabricante</p>	<p><u>Beneficios cubiertos por Medicare:</u></p> <p><u>Suplido de equipo médico duradero</u> 0% de coaseguro</p> <p><u>Silla de ruedas</u> 0% de coaseguro</p> <p><u>Cama de hospital uso en el hogar</u> 0% de coaseguro</p> <p><u>Silla de rueda motorizada</u> 0% de coaseguro</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>determinado, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p><u>Otro equipo médico duradero</u> 0% de coaseguro</p> <p>Su costo compartido para la cubierta de equipo de oxígeno de Medicare es 0% de coaseguro cada mes.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.
<p>Cuidado de emergencia</p> <p>Cuidado de emergencia se refiere a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provistos por un proveedor cualificado para ofrecer servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con conocimientos promedio de medicina y salud, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una</p>	<p><u>Servicios de emergencia cubiertos por Medicare</u></p> <p>\$75 de copago por visita a sala de emergencia</p> <p>De ser admitido al hospital dentro de un (1) día por la misma condición, paga \$0 por la visita</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden deberse a una enfermedad, lesión, dolor grave o a una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios provistos fuera de la red es igual al costo por los servicios provistos dentro de la red.</p> <p>Este plan incluye visitas de cuidado de emergencia/urgencia mundial como beneficio suplementario, con una cantidad máxima del plan de \$500.</p>	<p>a la sala de emergencia.</p> <p><u>Servicios de emergencia mundial</u> <u>suplementarios</u> \$100 de copago por visita a la sala de emergencia.</p> <p>Si es admitido al hospital, no tendrá que pagar el copago.</p> <p>Si recibe cuidados de emergencia en un hospital fuera de la red y</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	necesita cuidados como paciente hospitalizado después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, tiene que ir a un hospital en la red para que su cuidado siga estando cubierto O tiene que obtener autorización del plan para recibir cuidado hospitalario en el hospital fuera de la red y su costo compartido será igual al que

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	pagaría en un hospital en la red.
<p>Beneficio de Acondicionamiento Físico- Suplementario</p> <p>Usted es eligible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$60 cada tres (3) meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC. <ul style="list-style-type: none"> ○ Pedales para ejercicio físico ○ Correas elásticas para estiramiento ○ Rompecabezas para ejercitar la memoria <p>Este es un beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas (solo artículos</p>	<p><u>Beneficio de acondicionamiento físico suplementario</u> \$0 de copago</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>homeopáticos / medicina natural), y dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio físico y para ejercitar la memoria solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.</p>	
<p> Programas de educación sobre la salud y el bienestar</p> <p>Son programas dirigidos a condiciones de salud como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales. Programas diseñados para enriquecer la salud y estilos de vida de los afiliados que incluyen control de peso, acondicionamiento físico y manejo del estrés. El plan cubre los siguientes beneficios de educación en salud y bienestar:</p>	<p><u>Programas de educación sobre la salud y el bienestar</u></p> <p>\$0 de copago</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Línea directa de enfermería. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. • Materiales impresos de educación en salud • Adiestramiento nutricional 	
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones diagnósticas de audición y de equilibrio hechas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado ambulatorio cuando son provistas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Servicios de audición - Suplementarios</p> <p>Además, usted es elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un (1) examen rutinario de audición suplementario por año; • Hasta \$1,250 cada tres (3) años para ser usados para la compra 	<p><u>Servicios de audición cubiertos por Medicare</u> \$0 de copago</p> <p><u>Servicios auditivos suplementarios</u> \$0 de copago</p> <p><u>Beneficio de aparatos auditivos suplementario</u></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
de aparatos auditivos para ambos oídos- combinados;	\$0 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • Un (1) ajuste/evaluación de aparato auditivo suplementario por año. 	<u>Servicios de ajuste/evaluación de aparatos auditivos suplementario</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<u>suplementario</u> \$0 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<u>Servicios disponibles en las Clínicas Multi-Especialidad</u> \$0 de copago
	<u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p>servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>
<p>Ayuda con ciertas condiciones crónicas</p> <p>Si un proveedor del plan le diagnostica una de las siguientes condiciones crónicas identificadas a continuación, puede ser elegible para beneficios suplementarios específicos y/o costos compartidos reducidos: <i>Enfermedad hepática en etapa terminal, accidente cerebrovascular (CVA), trastornos neurológicos, enfermedad crónica de salud mental, ; trastornos pulmonares crónicos, diabetes, trastornos</i></p>	<p><u>MMM Flexi Card</u> <u>Suplementario</u> \$0 copago</p> <p><u>MMM</u> <u>Asistencia</u> <u>Suplementario</u> \$0 copago</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><i>autoimmune, cáncer, trastorno cardiovascular, fallo cardiaco congestivo (CHF), dependencia crónica del alcohol y otras drogas, demencia, enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), VIH/SIDA, trastornos hematológicos graves, trastornos nutricionales, enfermedad renal crónica (CKD) etapa 3 & 4, trastorno gastrointestinal crónico, hiperlipidemia, presión arterial elevada.</i></p> <p>MMM Flexi Card- Suplementario</p> <p>Usted es eligible para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una tarjeta de débito con una cantidad de \$130 mensuales. Podrá utilizar la MMM Flexi Card para los siguientes servicios:<ul style="list-style-type: none">- Comida preparada- Alimentos y provisiones- Gasolina- Productos de limpieza- Entretenimiento (conciertos / teatro / películas, etc.)	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">- Utilidades- Artículos OTC adicionales- Terapias alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural)- Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño- Acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y para ejercitar la memoria solamente)- Copagos / Coaseguros- Cuidado de mascotas- Artículos de jardinería / ferretería- Servicios de cuidado personal, tales como: productos de higiene personal, servicios de peluquería (manicura, pedicura, corte de pelo, etc.), productos para el crecimiento del cabello y cremas anti-envejecimiento / manchas- Electrodomésticos- Toallas, ropa de cama y ropa- Servicios adicionales de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>y otros servicios</p> <p>Podrá transferir y acumular su cantidad de mes a mes. Los montos no se transferirán de un año a otro; debe usar su cantidad acumulada antes de que finalice el año del plan.</p> <p>MMM Asistencia- Suplementario</p> <p>Usted es elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta doce (12) eventos individuales al año para los siguientes servicios:<ul style="list-style-type: none">○ Servicios de asistencia en carretera, que incluye lo siguiente:<ul style="list-style-type: none">▪ Cambio de goma – Se ofrecerá servicio de remolque en caso de que no tenga una goma de respuesta.▪ Carga de batería – Se ofrecerá servicio de remolque en caso de que	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>el vehículo no encienda después de cargar la batería.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Cerrajería▪ Suplido de gasolina – Hasta dos (2) galones.▪ Servicios de remolque – Cubierto en caso de avería mecánica o accidente que impida al vehículo moverse, se le enviará un servicio de remolque.▪ Servicios de extracción – Cubierto en caso de un accidente de tránsito en el cual el vehículo haya quedado fuera de la carretera, sin necesidad de remolque, se brindará un servicio de extracción.▪ Servicio de reemplazo de parabrisas - se cubre hasta un (1) reemplazo de parabrisas por año.	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">▪ Batería de vehículo – hasta un (1) reemplazo de batería por año.○ Servicios de reparación menor en el hogar, que incluye lo siguiente:<ul style="list-style-type: none">▪ Cerrajería – Cubierto en las situaciones en las que no puede acceder el interior de su residencia desde el exterior. (Excluye: reparación y/o reposicionamiento de cerraduras de puertas y las puertas que impidan acceso a las partes internas de la residencia, como, entre otros, armarios o puertas de gabinetes).▪ Plomería – Cubierto cuando ocurre una avería dentro de las instalaciones fijas de	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>abastecimiento y/o sanitarias de la vivienda. Se enviará un técnico especializado para la reparación o destape de tuberías, desagües u otras instalaciones físicas de la residencia. (Excluye: reparaciones relacionadas a grifos, cisternas de agua, depósitos, calentadores de agua y tanques, bombas hidráulicas, radiadores, lavadoras, secadoras, refrigeradores, y cualquier otro electrodoméstico que se adjunte al suministro de agua de las residencias. Cualquier desglose derivado de la humedad, filtración o impermeabilización impropia también serán excluidas del presente</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>acuerdo, así como cualquier reparación relacionada a áreas comunales o local comercial de la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados de Puerto Rico).</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Electricidad – Cubierto cuando ocurre un mal funcionamiento total o parcial de la electricidad. Se enviará un técnico especializado para ayudar en la emergencia a restablecer el suministro eléctrico. (Excluye: reparaciones relacionadas con enchufes eléctricos, lámparas o bombillas, aparatos eléctricos como estufas, hornos, calentadores, lavadoras, secadoras, refrigeradores o cualquier reparación	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>relacionada con áreas comunes o locales que sean propiedad de la Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico).</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Cristalería – Se ofrecerá reparación o reemplazo de vidrio cuando se rompa el cristal de una ventana o puerta, lo que expone la residencia y pone en peligro la seguridad de los ocupantes. (Excluye: Espejos u otros vidrios dentro de la residencia que no formen parte de ninguna ventana o puerta y no pongan en peligro la seguridad del residente. También excluye cualquier cristal roto durante un desastre natural).▪ Entre otros servicios	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">○ Control de plagas- Una (1) visita por trimestre.○ Visita de Medidas Preventivas Anticaídas- Una (1) visita por año que incluye lo siguiente: evaluación de la vivienda e instalación de iluminación LED, cinta de tracción/antideslizante. También se pueden instalar barras de agarre y seguridad si el afiliado las proporciona.○ Servicios de conectividad tecnológica- Una (1) visita en persona y soporte remoto ilimitado por año.	
<p>Aplica cantidad máxima de \$300 por cada servicio de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar. Esto incluye el costo de materiales (excepto en los artículos de reemplazo), transporte y mano de obra. El afiliado cubrirá cualquier</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>monto que exceda el límite máximo del plan.</p> <p>Comuníquese con Servicios al Afiliado llamando al 1-866-333-5470, las 24 horas, 7 días a la semana para coordinar una cita de servicio. Para orientación y estatus sobre el beneficio, el horario de servicio es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>	

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que corresponde pagar) **Detección del VIH**

Para personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que están en mayor riesgo de infección con VIH, cubrimos:

- Una prueba de detección cada 12 meses

Para mujeres embarazadas, cubrimos:

- Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo
- **Reglas de autorización pueden aplicar.**
- **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**

No hay coaseguro, copago o deducible para beneficiarios elegibles para la detección preventiva de VIH cubierta por Medicare.

Fuera de la Red

(Opción Punto de Servicio)
20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.

Este plan tiene un límite máximo anual de hasta **\$10,000** para servicios fuera de la red.

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que corresponde pagar)**Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño—
Suplementarios**

Usted es elegible para:

- Hasta **\$60** cada tres **(3)** meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.
 - Alfombra de baño médica
 - Asiento de inodoro elevado
 - Cabezal de ducha de mano
 - Alcanzador
 - Luz de noche

Este es un beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), y Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio físico y para ejercitar la memoria solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.

Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño

\$0 de copago

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de salud en el hogar por agencias de cuidado de salud</p> <p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico tiene que certificar que los necesita y ordenará que una agencia de atención médica a domicilio preste dichos servicios. Usted tiene que estar confinado al hogar, lo que significa que salir de su hogar representa un esfuerzo considerable.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente y servicios de ayudante de salud en el hogar (para estar cubiertos bajo el beneficio de cuidados de salud a domicilio, los servicios combinados de enfermería especializada y los servicios de 	<p><u>Servicios de salud en el hogar por agencias de cuidado de salud</u></p> <p>\$0 de copago</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio)</p> <p>20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>ayudante de salud en el hogar deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suplidos médicos <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>servicios fuera de la red.</p>
<p>Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar incluye la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o biológicos en el hogar. Los componentes necesarios para poder realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo</p>	<p><u>Terapia de infusión en el hogar</u> 0% de coaseguro</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>(por ejemplo, una bomba), y suplidos (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluyendo servicios de enfermería provistos de acuerdo con el plan de cuidado • Adiestramiento y educación al paciente que no estaría cubierto bajo el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para el suplido de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar provistos por un suplidor calificado de terapia de infusión en el hogar • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p>(Opción Punto de Servicio)</p> <p>20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	
<p>Cuidado de hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de Cuidado de Hospicio cuando el médico y el director médico del hospicio le hayan dado un diagnóstico terminal que certifica que padece de una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos para vivir si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan. Su médico de hospicio puede ser un</p>	<p>Quando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de las Partes A y B relacionados con su diagnóstico terminal son pagados por MMM Balance.</p> <p><u>Dentro y fuera de la red</u></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Una vez comience el beneficio de hospicio, MMM Balance cubrirá todo lo que pueda necesitar relacionado con su enfermedad terminal, siempre que lo proporcione un proveedor de hospicio aprobado por Medicare y sea un servicio cubierto por Medicare. El cuidado de hospicio se puede brindar en el hogar, pero también se puede cubrir en un centro de hospicio para pacientes hospitalizados. Para aquellos afiliados que puedan necesitar cuidado simultáneo de transición para cualquier tratamiento clínico en curso, MMM Balance garantizará la continuación de este beneficio a medida que hagan la transición al cuidado de hospicio con un proveedor de la red y de proveedores que no son de hospicio.</p>	<p><u>Medicamentos recetados y biológicos cubiertos por Medicare</u> 5% de coaseguro (\$5 máximo)</p> <p><u>Servicios de respiro al cuidador cubierto por Medicare</u> 5% de coaseguro por día (\$5 máximo por día)</p> <p><u>Todos los demás servicios de cuidado de hospicio</u></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>El Manejador de Casos que se le asigne como parte de su programa de cuidado de hospicio identificará si se necesita alguna autorización previa relacionada con el cuidado simultáneo de transición y se coordinará según corresponda.</p>	<p><u>cubiertos por Medicare</u> \$0 de copago</p>
<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos • Cuidado de enfermería • Equipo médico (como sillas de ruedas o andadores) • Suplidos médicos (como vendajes y catéteres) • Medicamentos recetados • Servicios de asistente de hospicio y ama de llaves • Terapia física y ocupacional • Servicios de patología del habla y el lenguaje • Servicios de trabajador social • Asesoramiento dietético 	<p>Las consultas de hospicio forman parte del Cuidado Hospitalario. Puede aplicar el costo compartido para servicios de médicos a las consultas ambulatorias.</p> <p>Es posible que apliquen costos compartidos para otros servicios no relacionados con su</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento sobre el duelo y la pérdida para usted y su familia • Atención hospitalaria a corto plazo (para el manejo del dolor o los síntomas) • Relevo de cuidado a corto plazo • Cualquier otro servicio cubierto por Medicare necesario para controlar la enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, según lo recomendado por el equipo de cuidados paliativos del plan. 	<p>diagnóstico terminal; consulte la sección correspondiente dentro de esta tabla.</p>
<p>Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando la prima del plan.</p>	
<p><u>Para los servicios de hospicio y para los servicios que están cubiertos por Medicare Partes A y B, y que están relacionados con su diagnóstico</u></p>	


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><u>terminal</u>: MMM Balance pagará por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de Parte A o B relacionados con su diagnóstico terminal.</p> <p><u>Para los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no están relacionados con su diagnóstico terminal</u>: Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y seguir las reglas del plan (por ejemplo, si existe un requisito para obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none">• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, usted solo paga el costo compartido para los servicios dentro de la red	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido de acuerdo con la tasa de pago por servicio de Medicare (Medicare Original) <p><u>Para los servicios que están cubiertos por MMM Balance, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B:</u> MMM Balance continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga su cantidad de copago por estos servicios.</p> <p><u>Para medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Parte D del plan:</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para más información, refiérase al Capítulo</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>5, Sección 9.4 (Qué pasa si usted está en un hospicio certificado por Medicare).</p> <p>Nota: Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio (cuidado que no está relacionado con su diagnóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta en el hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio, pero que pudiese ser elegible y estar considerándolo junto con su familia o cuidador.</p>	
<p> Vacunación</p> <p>Los servicios cubiertos por Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la pulmonía. • Vacunas contra la influenza, cada temporada de influenza, en otoño 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>e invierno, con vacunas adicionales si son médicamente necesarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la hepatitis B si está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra COVID-19. • Otras vacunas si usted está en riesgo y estas cumplen con las reglas de cubierta de Medicare Parte B. <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>vacunas de pulmonía, influenza, hepatitis B y COVID-19.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio)</p> <p>20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidado hospitalario</p> <p>Incluye hospitalización intensiva, rehabilitación hospitalaria, hospitales de cuidado prolongado y otros servicios de hospitalización. El cuidado hospitalario comienza el día en que ingresa formalmente al hospital con una orden médica. El día antes de que le den el alta es su último día de hospitalización.</p> <p>El plan cubre un número ilimitado de días de hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semi-privada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentos, incluyendo dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de cuidados especiales (tales como 	<p><u>Servicios recibidos en un hospital de la red</u></p> <p>Su costo compartido aplica el día de la admisión.</p> <p>Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad.</p> <p><u>Nivel 1:</u> <u>UNIDAD DORADA</u> \$0 de copago por admisión o estadía</p> <p><u>Nivel 2: Red</u></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suplidos médicos y quirúrgicos necesarios • El uso de equipos, tales como sillas de ruedas • Costos de salas de operaciones y de recuperación • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante están cubiertos: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madres e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los 	<p><u>Preferida</u> \$5 de copago por admisión o estadía</p> <p><u>Nivel 3: Red General</u> \$25 de copago por admisión o estadía</p> <p>Usted no paga nada por día desde el día 91 en adelante.</p> <p>Si recibe cuidados hospitalarios autorizados en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>arreglos para que su caso sea evaluado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, el cual decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros proveedores de trasplantes en la red están fuera del itinerario de cuidado para trasplantes en su comunidad, usted puede elegir quedarse en su área local, siempre y cuando el proveedor local de trasplantes esté dispuesto a aceptar las tarifas de Medicare Original. Si MMM Balance ofrece servicios de trasplante en una localidad fuera del itinerario de cuidado para trasplantes en su comunidad y usted elige hacerse el trasplante en esta localidad distante, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de</p>	<p>haya estabilizado, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>transportación y alojamiento adecuado para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cubierta de sangre entera y células rojas concentradas comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que necesite — usted tiene que, o pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año natural o tener la sangre donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios de médicos. 	<p>servicios fuera de la red.</p>
<p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor tiene que hacer una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Aun si usted permanece</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>en el hospital durante la noche, todavía se le puede considerar un paciente "ambulatorio". De no estar seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p>	
<p>También puede encontrar más información en la hoja educativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en la página de Internet: https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización aplican excepto en una emergencia. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan cubre hasta 190 días de hospitalización, de por vida, para cuidados de salud mental en un hospital psiquiátrico. • El límite de cuidado hospitalario de salud mental no aplica a los servicios de salud mental provistos en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización. 	<p><u>Servicios recibidos en un hospital de la red</u></p> <p>Su costo compartido aplica el día de la admisión.</p> <p>\$50 de copago por admisión o estadía</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Además, nuestro plan cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su hospitalización es mayor a 90 días, puede usar estos días extra. Pero, una vez haya utilizado estos 60 días extra, su cubierta hospitalaria estará limitada a 90 días. • Reglas de autorización aplican excepto en caso de emergencia. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>(Opción Punto de Servicio)</p> <p>20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>El plan cubre un número ilimitado de días de hospitalización y hasta 100</p>	<p><u>Servicios de Médicos</u></p> <p>Favor hacer referencia a la sección “Servicios médicos/profesi</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>días de cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF).</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de hospitalización, o si su hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos algunos servicios que usted reciba durante su hospitalización o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos • Exámenes diagnósticos (como pruebas de laboratorio) • Rayos X, radioterapia y terapia de isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos • Vendajes quirúrgicos 	<p>onales, incluyendo visitas a la oficina del médico” en esta tabla.</p> <p><u>Servicios diagnósticos y de radiología,</u> <u>Vendajes y</u> <u>Férulas</u></p> <p>Favor hacer referencia a la sección “Pruebas ambulatorias de diagnóstico y artículos y servicios terapéuticos” en esta tabla.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y dispositivos ortopédicos (no dentales) que reemplacen todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluyendo el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno permanentemente inoperante o que presenta un mal funcionamiento, incluyendo el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello, bragueros (<i>trusses</i>) y piernas, brazos u ojos artificiales, incluyendo los ajustes, reparaciones y reemplazos requeridos debido a rotura, desgaste, pérdida o cambios en la condición física del paciente 	<p><u>Equipo médico duradero y suplidos relacionados</u> Favor hacer referencia a la sección “Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suplidos relacionados” en esta tabla.</p> <p><u>Prostéticos, dispositivos ortopédicos y suplidos médicos/terapéuticos para pacientes ambulatorios</u></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional • Reglas de autorización aplican excepto en una emergencia. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>Favor hacer referencia a la sección “Prótesis y suplidos relacionados” en esta tabla.</p> <p><u>Servicios de terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional</u> Favor hacer referencia a la sección “Servicios ambulatorios de rehabilitación” en esta tabla.</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p>(Opción Punto de Servicio)</p> <p>20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>
<p> Terapia médica de nutrición</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero que no están bajo tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando sea ordenado por su médico.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para beneficiarios elegibles para servicios de</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cubrimos 3 horas de servicios de consejería individual durante el primer año en que usted reciba servicios de terapia médica de nutrición bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y, posteriormente, 2 horas cada año. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico tiene que recetar estos servicios y renovar la orden anualmente si su tratamiento es necesario al comenzar el siguiente año natural.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programa Medicare para la prevención de la diabetes (MDPP, por sus siglas en inglés)</p> <p>Los servicios del Programa Medicare para la Prevención de la Diabetes (MDPP, por sus siglas en inglés) estarán cubiertos para beneficiarios elegibles de Medicare por todos los planes de salud Medicare.</p> <p>MDPP en una intervención estructurada para cambiar los hábitos de salud que proporciona adiestramiento para un cambio dietético a largo plazo, aumentar la actividad física y estrategias para enfrentar y superar los retos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida sano.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio del Programa Medicare para la Prevención de la Diabetes (MDPP, por sus siglas en inglés).</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.
<p>Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los afiliados de nuestro plan reciben cubierta para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, servicios ambulatorios en un hospital o 	<p><u>Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare</u> 10% de coaseguro</p> <p><u>Otros medicamentos de la Parte B de Medicare</u> 20% de coaseguro</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>servicios en un centro quirúrgico ambulatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que toma mientras usa equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores), autorizados por el plan • Factores de coagulación que se auto-administra por inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento de recibir un trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis en caso de que no pueda salir de su casa, tenga una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede auto-administrarse el medicamento • Antígenos 	<p>Terapia Escalonada puede aplicarse de Parte B a Parte B.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Algunos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas• Algunos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de eritropoyetina (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa)• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>El siguiente enlace lo llevará a a lista de medicamentos bajo la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada:</p> <p>https://www.mmmpr.com/planes-medicos/formulario-medicamentos</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluyendo las normas que tiene que seguir para que las recetas sean cubiertas. El Capítulo 6 explica lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	
<p>Beneficio nutricional / dietético - Suplementario</p> <p>Usted es elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta seis (6) visitas al nutricionista por año. Se cubren 	<p><u>Beneficio nutricional / dietético suplementario</u></p> <p>\$0 de copago</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>ambas sesiones (individual y grupal).</p>	
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o mayor, cubrimos consejería intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta consejería está cubierta si la recibe en un centro de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de cuidado primario para obtener más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para la prueba preventiva de detección de obesidad y terapia.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.
<p>Programa de Servicios para el Tratamiento de Opioides</p> <p>Los afiliados de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cubierta de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos y opioides agonistas y antagonistas para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) 	<p><u>Programa de Servicios para el Tratamiento de Opioides</u></p> <p>10% de coaseguro</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>(Opción Punto de Servicio)</p> <p>20% de coaseguro por servicios</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Despacho y administración de medicamentos MAT (si aplica) Terapia para el uso de sustancias • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>
<p>Pruebas ambulatorias de diagnóstico y artículos y servicios terapéuticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p>	<p><u>Procedimientos y pruebas diagnósticas cubiertas por Medicare</u></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Rayos X • Radiación (de radio y de isótopos), la terapia incluye los materiales y suplidos del técnico • Suplidos quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre - incluyendo almacenaje y administración. La cubierta de sangre entera y glóbulos rojos concentrados inicia solo con la cuarta pinta de sangre que necesite — tiene que, o pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año natural o tener la sangre donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos 	<p>0% de coaseguro</p> <p><u>Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare:</u></p> <p><u>Servicios de laboratorio patológico quirúrgico</u> 10% de coaseguro</p> <p><u>Servicios de estudios citogenéticos</u> 20% de coaseguro</p> <p><u>Otros servicios de laboratorios</u></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>comenzando con la primera pinta de sangre usada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otras pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>0% de coaseguro</p> <p><u>Servicios de rayos X cubiertos por Medicare</u> \$0 de copago</p> <p><u>Servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare</u> \$0 de copago</p> <p><u>Servicios de radiología diagnóstica cubiertos por Medicare:</u></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p><u>CT Scans</u> \$30 de copago</p> <p><u>MRI, PET y radiología de intervención, medicina nuclear y otros procedimientos especializados</u> \$40 de copago</p> <p><u>Servicios disponibles en las Clínicas Multi-Especialidad</u> \$0 de copago</p> <p><u>Servicios de sangre cubiertos por Medicare</u> \$0 de copago</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p><u>Suplidos médicos cubiertos por Medicare</u> 5% de coaseguro</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Observación para Pacientes Ambulatorios en el Hospital</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si debe ser admitido como paciente o si pueden ser dados de alta.</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios en el hospital que, para ser cubiertos, tienen que cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación son cubiertos solo cuando son provistos por orden de un médico o de algún otro individuo autorizado y licenciado por el estado y por los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes o para ordenar pruebas ambulatorias.</p>	<p><u>Observación para Pacientes Ambulatorios en el Hospital cubierto por Medicare</u></p> <p>Sus costos por servicios de observación pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad.</p> <p><u>Nivel 1: Red Preferida</u> \$5 de copago por servicios de observación</p> <p><u>Nivel 2: Red General</u> \$25 de copago</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Nota: A menos que el proveedor haya hecho una orden por escrito para que se le admita como hospitalizado al hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades del costo compartido por servicios ambulatorios en un hospital. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, se le puede considerar paciente "ambulatorio". De no estar seguro si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja educativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en la página de Internet https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).</p>	<p>por servicios de observación</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	
<p>Servicios ambulatorios en el hospital</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p>	<p><u>Servicios cubiertos por Medicare en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios</u></p> <p>\$50 de copago por visita</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, incluyendo servicios de observación o de cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y diagnósticas facturadas por el hospital • Cuidado de salud mental, incluyendo la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, si no se brinda, sería necesario tratamiento hospitalario • Rayos-X y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suplidos médicos, como entablillados y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que usted no puede auto-administrarse 	<p><u>Servicios de emergencia</u> Favor hacer referencia a la sección “Cuidado de Emergencia” en esta tabla.</p> <p><u>Cirugía ambulatoria</u> Favor hacer referencia a la sección “Cirugías ambulatorias, incluyendo los servicios provistos en instalaciones ambulatorias del hospital y en centros de cirugía</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Nota: A menos que el proveedor haya hecho una orden por escrito para que se le admita como hospitalizado al hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades del costo compartido por los servicios ambulatorios del hospital. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se le puede considerar paciente "ambulatorio". De no estar seguro si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja educativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en la página de Internet https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).</p>	<p>ambulatoria" en esta tabla.</p> <p><u>Laboratorios y pruebas diagnósticas, rayos x, servicios de radiología y suplidos médicos</u> Favor hacer referencia a la sección "Pruebas ambulatorias de diagnóstico y artículos y servicios terapéuticos" en esta tabla.</p> <p><u>Cuidado de salud mental y</u></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reglas de autorización pueden aplicar.• Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.	<p><u>hospitalización parcial</u> Favor hacer referencia a las secciones “Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios” y “Servicios de hospitalización parcial” en esta tabla.</p> <p><u>Cuidado para la dependencia química</u> Favor hacer referencia a la sección “Servicios ambulatorios contra el abuso</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p>de sustancias” en esta tabla.</p> <p><u>Medicamentos que no puede auto-administrarse</u> Favor hacer referencia a la sección “Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p>cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>
<p>Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios de salud mental provistos por un médico o psiquiatra con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero especializado, asistente médico u otro profesional de cuidado de salud mental cualificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	<p><u>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare:</u></p> <p><u>Visitas al Psiquiatra</u></p> <p>\$5 de copago por cada sesión</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>de terapia individual</p> <p>\$5 de copago por cada sesión de terapia grupal</p> <p><u>Visitas a Otros Especialistas</u></p> <p>\$5 de copago por cada sesión de terapia individual</p> <p>\$5 de copago por cada sesión de terapia grupal</p> <p><u>Servicios disponibles en las Clínicas</u></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p><u>Multi-Especialidad</u> \$0 de copago</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios ambulatorios de rehabilitación</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación ambulatoria se ofrecen en varios centros ambulatorios, como departamentos ambulatorios en hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros Ambulatorios de Rehabilitación Integral (CORF, por sus siglas en inglés).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p><u>Servicios de Terapia Ocupacional cubiertos por Medicare</u></p> <p>\$4 de copago</p> <p><u>Servicios de terapia física o del habla y/o lenguaje cubierto por Medicare</u></p> <p>\$4 de copago</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio)</p> <p>20% de coaseguro por servicios</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p>cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>
<p>Servicios ambulatorios contra el abuso de sustancias</p> <p>El plan cubre visitas individuales y grupales para tratamiento contra el abuso de sustancia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p><u>Servicios ambulatorios contra el abuso de sustancias cubiertos por Medicare</u></p> <p>\$5 de copago por cada visita de terapia individual</p> <p>\$5 de copago por cada visita</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p>de terapia grupal</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cirugías ambulatorias, incluyendo los servicios provistos en instalaciones ambulatorias en un hospital y en centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: Si es operado en un hospital, debe verificar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor haga una orden por escrito para que se le admita como hospitalizado al hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades del costo compartido para servicios de cirugía ambulatoria. Aun si permanece en el hospital durante la noche, todavía se le puede considerar como un paciente "ambulatorio".</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p><u>Servicios en Centro de Cirugía Ambulatoria cubiertos por Medicare</u> \$0 de copago</p> <p><u>Servicios en instalaciones ambulatorias cubiertos por Medicare</u> \$50 de copago por visita</p> <p><u>Servicios de observación cubiertos por Medicare</u> Sus costos por servicios de observación</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p>pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad.</p> <p><u>Nivel 1: Red Preferida</u> \$5 de copago por servicios de observación</p> <p><u>Nivel 2: Red General</u> \$25 de copago por servicios de observación</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p>cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>
<p>Medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC, por sus siglas en inglés) - Suplementario</p> <p>Usted es elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un máximo de \$60 cada tres (3) meses para ser usado en la compra de artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés) de salud y bienestar que incluyen: <p>1. Vitaminas y minerales</p>	<p><u>Medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC, por sus siglas en inglés) suplementarios</u></p> <p>\$0 de copago</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
2. Suplidos de primeros auxilios 3. Medicamentos, ungüentos y aerosol con ingredientes médicos activos para el alivio de síntomas 4. Cuidado de la boca 5. Suplidos para la incontinencia (pañales para adultos y/o pads) 6. Monitor de presión arterial para pruebas y monitoreo en el hogar 7. Terapia de Reemplazo de Nicotina 8. Suplementos de fibra 9. Bloqueador solar tópico 10. Artículos para mejorar la comodidad 11. Humectantes para la piel (incluyendo, pero no limitado a lociones para la cara, el cuerpo y los pies que se utilizan para piel reseca) 12. Jabón (jabón antibacterial/antimicrobiano recomendado por el doctor)	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Usted tiene que utilizar la cantidad máxima de la cuota asignada a este beneficio ya que estas cantidades no se acumulan.</p> <p>El plan cubrirá el artículo y el afiliado será responsable de pagar cualquier impuesto aplicable y/o cantidad que sobrepase el beneficio máximo.</p> <p>Este es un beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), y dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio físico y para ejercitar la memoria solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, provisto de forma ambulatoria, en un hospital o en un centro de salud mental de la comunidad que es más intensivo que el cuidado de salud que recibiría en la oficina de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reglas de autorización pueden aplicar.• Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.	<p><u>Servicios de hospitalización parcial</u></p> <p>\$0 de copago</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>(Opción Punto de Servicio)</p> <p>20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Programa de comidas luego del alta - Suplementario</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta dos (2) comidas nutritivas por día, por cinco (5) días, hasta dos (2) veces al año. Máximo de veinte (20) comidas por año sin costo adicional, después de una hospitalización en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Requiere referido de su PCP. Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p><u>Programa de comidas luego del alta suplementario</u></p> <p>\$0 de copago por hasta dos (2) veces al año. Máximo de veinte (20) comidas por año.</p>
<p>Servicios médicos/terapéuticos, incluyendo las visitas a la oficina del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p>	<p><u>Servicios del Proveedor de Cuidado Primario</u></p> <p>\$0 de copago por visita</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios provistos en el consultorio de un médico, centro certificado de cirugía ambulatoria, departamento ambulatorio de un hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico los ordena para ver si usted necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, incluyendo servicios ofrecidos por especialistas en las Clínicas Multi-Especialidad • Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si opta por obtener uno de estos servicios mediante telesalud, debe utilizar un proveedor de la 	<p><u>Servicios de Especialistas</u> Sus costos por visitas a especialistas pueden variar dependiendo del nivel de su proveedor.</p> <p><u>Nivel 1: Red Preferida</u> \$0 de copago por cada visita a especialistas</p> <p><u>Nivel 2: Red General</u> \$5 de copago por cada visita a especialistas</p> <p><u>Servicios de Otros</u></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>red que ofrezca el servicio mediante telesalud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos servicios de telesalud, incluyendo consultas, diagnóstico y tratamiento por un médico o profesional, para pacientes en algunas áreas rurales o en otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con fallo renal en etapa terminal para afiliados de diálisis a domicilio, en un centro de diálisis en el hospital o de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del afiliado • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para afiliados con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de 	<p><u>Profesionales de la salud</u> \$5 de copago por visita</p> <p><u>Servicios disponibles en las Clínicas Multi-Especialidad</u> \$0 de copago</p> <p><u>Servicios adicionales de telesalud disponibles en las Clínicas Multi-Especialidad</u> \$0 de copago</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>salud mental concurrente, independientemente de su ubicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente 	<p>(Opción Punto de Servicio)</p> <p>20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Consulta virtual de 5-10 minutos (por ejemplo, mediante teléfono o vídeo-llamada/chat) con su médico si:• Usted no es un paciente nuevo y• La consulta no está relacionada con una visita al consultorio ocurrida 7 días antes y• La consulta no conduce a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita que más pronto esté disponible• Evaluación de un vídeo y/o imágenes que usted le envía a su médico incluyendo la interpretación y el seguimiento de su médico dentro de las 24 horas siguientes si:• Usted no es paciente nuevo y• La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio ocurrida 7 días antes y• La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>próximas 24 horas o la cita que más pronto esté disponible</p> <ul style="list-style-type: none">• Consulta que su médico hace con otros médicos por teléfono, internet o récords médicos electrónicos si usted no es un paciente nuevo.• Segunda opinión provista por otro proveedor en la red antes de una cirugía• Servicios dentales no-rutinarios (los servicios cubiertos están limitados a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación contra cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos de ser provistos por un médico)	


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	
<p>Servicios Podiátricos Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo de martillo o espolón en el talón) • Cuidado rutinario de los pies para los afiliados con algunas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores <p>Servicios Podiátricos - Suplementarios Además, usted es elegible para:</p>	<p><u>Servicios podiátricos cubiertos por Medicare</u> \$0 de copago por visita</p> <p><u>Servicios podiátricos suplementarios</u> \$0 de copago por visita</p> <p><u>Servicios disponibles en las Clínicas</u></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Hasta seis (6) visitas suplementarias para servicios podiátricos por año • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p><u>Multi-Especialidad</u> \$0 de copago <u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Los siguientes servicios están cubiertos una vez cada 12 meses para hombres de 50 años o más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de Antígeno Prostático Específico (PSA, por sus siglas en inglés) • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para la prueba de PSA anual.</p> <p><u>Examen Rectal Digital</u></p> <p>\$0 de copago por un examen rectal digital anual.</p> <p><u>Fuera de la Red</u></p> <p>(Opción Punto de Servicio)</p> <p>20% de coaseguro por servicios</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p>cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>
<p>Prótesis y suplidos relacionados</p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplacen parcial o totalmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a: bolsas de colostomía y suplidos directamente relacionados con el cuidado de una colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluyendo un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye algunos materiales relacionados con prótesis y</p>	<p><u>Aparatos prostéticos cubiertos por Medicare</u> 5% de coaseguro</p> <p><u>Suplidos médicos cubiertos por Medicare</u> 5% de coaseguro</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>la reparación y/o reemplazo de estas. También incluye cubierta limitada después de la extracción o cirugía de cataratas. Para más detalles, consulte "Cuidado de la Visión" en esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio)</p> <p>20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para afiliados que tienen enfermedad pulmonar obstructiva</p>	<p><u>Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare</u></p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>crónica (EPOC), de moderada a muy severa, y un referido para la rehabilitación pulmonar de parte del médico que está tratando la enfermedad respiratoria crónica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requiere referido de su PCP. • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>\$5 de copago</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio)</p> <p>20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>
<p> Diagnóstico y consejería para reducir el consumo excesivo de alcohol</p> <p>Cubrimos una evaluación diagnóstica</p>	<p>No hay coaseguro, copago o</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>de abuso de alcohol para adultos que tienen Medicare (incluyendo mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si da positivo al uso indebido del alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones breves de consejería en persona por año (si está hábil y alerta durante la consejería), provistas por un profesional o médico primario cualificado en un centro de atención primaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>deducible para el beneficio de diagnóstico y consejería para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	servicios fuera de la red.
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computadorizada de dosis baja (LDCT, por sus siglas en inglés)</p> <p>Para pacientes que cualifiquen, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Afiliados elegibles son: Personas de 50 a 77 años de edad que no tienen señales o síntomas de cáncer de pulmón, pero con historial de fumar tabaco de, al menos, 20 cajetillas al año, y que al presente fuman o han dejado de fumar dentro de los últimos 15 años, que hayan recibido una orden por escrito para una LDCT durante una visita para evaluación diagnóstica y toma de decisiones compartidas sobre el cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y que sean provistas por un médico o un</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas para la LDCT cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>profesional no-médico cualificado.</p> <p><i>Para exámenes LDCT de detección de cáncer de pulmón después de la imagen LDCT inicial:</i> el afiliado tiene que recibir una orden por escrito para el examen de detección de cáncer de pulmón LDCT, el cual puede realizarse durante cualquier visita médica adecuada con un médico o un profesional de la salud (no-médico) cualificado. Si un médico o un profesional de la salud (no-médico) cualificado decide brindar una visita de asesoramiento de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para evaluaciones futuras de cáncer de pulmón mediante LCDT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales visitas.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reglas de autorización pueden aplicar.• Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos	<p>cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
fuera de la red.	
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos los exámenes para el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS) para la clamidia, la gonorrea, la sífilis y la hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para algunas personas que están en mayor riesgo de contraer una ITS, siempre y cuando los mismos sean ordenados por un médico primario. Cubrimos estos exámenes diagnósticos una vez cada 12 meses o en momentos específicos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos, cada año, hasta 2 sesiones de alta intensidad, en persona, de 20 a 30 minutos de duración, de orientación sobre la</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio de detección de ITS y consejería preventiva de ITS cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>conducta a adultos sexualmente activos con mayor riesgo a contraer infecciones de transmisión sexual. Solo cubriremos estas sesiones de consejería como un servicio preventivo si son provistas por un médico primario y se realizan en un centro de atención primaria, por ejemplo, en una oficina médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre las enfermedades del riñón para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a los afiliados a tomar decisiones informadas sobre su 	<p><u>Servicios de educación sobre enfermedades renales</u></p> <p>\$0 de copago</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>cuidado. Para afiliados con enfermedad renal crónica en Etapa IV cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones, de por vida, de servicios educativos sobre la enfermedad renal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluyendo los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporeraamente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible temporeraamente o no se puede acceder a él) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es admitido en un hospital para recibir cuidado especial) • Adiestramiento para la auto-diálisis (incluye adiestramiento para usted y cualquier persona 	<p><u>Servicios de diálisis:</u></p> <p><u>Diálisis Peritoneal</u> 20% de coaseguro</p> <p><u>Otros servicios de diálisis</u> 20% de coaseguro</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo y suplidos para diálisis en su hogar • Algunos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de asistentes adiestrados en diálisis para verificar su diálisis en el hogar, para ayudarlo en emergencias y para revisar su equipo de diálisis y el suplido de agua) 	<p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>
<p>Algunos medicamentos para la diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cubierta de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. 	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	
<p>Cuidado en Centros de Enfermería Especializada (SNF) (Para la definición de “Cuidado en Centros de Enfermería Especializada”, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada en ocasiones se conocen como SNFs, por sus siglas en inglés).</p> <p>El plan cubre hasta 100 días en un SNF. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semi-privada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales 	<p>Su costo compartido aplica el día de la admisión.</p> <p><u>Cuidado en Centros de Enfermería Especializada</u> \$0 de copago por admisión o estadía</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio)</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería especializada• Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla• Medicamentos que se le administren como parte de su plan de cuidado (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación de la sangre).• Sangre: incluyendo almacenaje y administración. La cubierta de sangre completa y de células rojas concentradas comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que necesite — tiene que, o pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año natural o contar con sangre donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están	<p>20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p> <p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none">• Suplidos médicos y quirúrgicos provistos normalmente por los SNFs• Pruebas de laboratorio provistas normalmente por los SNFs• Rayos X y otros servicios de radiología provistos normalmente por los SNFs• El uso de aparatos, como sillas de ruedas, provistos normalmente por los SNFs• Servicios de médicos / terapeutas	
<p>Por lo general, usted recibirá su cuidado de enfermería especializada (SNF) en instalaciones en la red. No obstante, bajo las circunstancias indicadas a continuación, usted podría recibir su cuidado en una instalación que no esté en nuestra red de proveedores, si la instalación acepta las cantidades que paga nuestro plan.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro con atención continua en la que usted vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando esta brinde cuidado de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge está viviendo en el momento en que usted sale del hospital • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	
<p> Cesación de fumar y de consumo de tabaco (consejería para dejar de fumar o de consumir tabaco)</p> <p><u>Si usa tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de consejería de cesación dentro de un período de 12 meses como un servicio de prevención sin costo</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para los beneficios preventivos de cesación de fumar y</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>alguno para usted. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas en persona.</p> <p><u>Si usa tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o si está tomando un medicamento que puede verse alterado por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de consejería de cesación. Cubrimos dos intentos de consejería para dejar de fumar dentro en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas en persona.</p>	<p>consumo de tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Servicios suplementarios de consejería para dejar de fumar y de consumir de tabaco:</u> \$0 de copago</p>
<p>Cesación de fumar y de consumo de tabaco (consejería para dejar de fumar o de consumir tabaco) - Suplementario</p> <p>Además, usted es elegible para:</p>	<p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Un máximo de nueve (9) sesiones adicionales de consejería para dejar de fumar o de consumir tabaco. • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>
<p>Terapia de Ejercicio Supervisado (SET, por sus siglas en inglés) SET está cubierto para afiliados que padecen de enfermedad arterial periférica sintomática (PAD, por sus siglas en inglés) y que tienen un referido para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. Se cubren hasta 36 sesiones, durante un período de 12 semanas, si se cumplen los requisitos del programa SET.</p>	<p><u>Terapia de Ejercicio Supervisado (SET, por sus siglas en inglés) cubierta por Medicare</u> \$5 de copago</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>El programa SET tiene que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir de sesiones que duren entre 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de adiestramiento terapéutico de ejercicios para PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en una instalación ambulatoria del hospital o en la oficina del médico • Ser provistas por personal auxiliar calificado y adiestrado en terapias de ejercicio para PAD para asegurar que los beneficios superen los daños • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o un enfermero especializado / enfermero especialista clínico quienes deben estar adiestrados en técnicas básicas y avanzadas de apoyo vital 	<p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>SET puede estar cubierto por más de 36 sesiones durante 12 semanas, para un total de 36 sesiones adicionales, durante un período extendido de tiempo si un proveedor de salud lo considera médicamente necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requiere referido de su PCP. • Reglas de autorización pueden aplicar. • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	
<p>Servicios de transportación - Suplementarios</p> <p>Usted es elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta diez (10) viajes de una vía por año a lugares aprobados por el plan relacionados al cuidado de su salud, como: citas con un médico, para recibir tratamiento médico, para procedimientos médicos y/o para 	<p><u>Servicios de transportación suplementarios</u></p> <p>\$0 de copago</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>obtener resultados médicos o de estudios de laboratorio y medicamentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. 	
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia son los servicios prestados para tratar una condición que no es una emergencia: una enfermedad imprevista, una lesión o una condición que requiera atención médica inmediata pero, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son i) necesita cuidado inmediato durante el fin de semana o ii) se encuentra temporeraamente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y</p>	<p><u>Servicios de urgencia cubiertos por Medicare</u></p> <p>\$0 de copago por visita a sala de urgencia</p> <p><u>Servicios suplementarios de urgencia - mundial</u></p> <p>\$100 de copago por visitas a la</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>médicamente necesarios. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener cuidado médico de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red.</p> <p>Este plan incluye visitas de cuidado de emergencia/urgencia mundial como beneficio suplementario, con una cantidad máxima del plan de \$500.</p>	<p>sala de urgencia.</p> <p>Si es admitido al hospital, no tendrá que pagar el copago.</p>
<p> Cuidado de la visión</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluyendo el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes rutinarios de la vista (refracción del ojo) para espejuelos o lentes de contacto. 	<p><u>Servicios de visión cubiertos por Medicare:</u></p> <p><u>Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones oculares</u></p> <p>\$0 de copago</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Para personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma una vez al año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos que tienen 50 años o más, e hispanoamericanos que tienen 65 años o más. 	<p><u>Prueba de Glaucoma</u> \$0 de copago</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Para personas con diabetes, está cubierto el examen de retinopatía diabética una vez al año. 	<p><u>Espejuelos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas</u> \$0 de copago</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Un par de espejuelos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (Si le hacen dos operaciones de cataratas por separado, no puede el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de espejuelos después de la segunda cirugía). 	<p><u>Servicios de visión suplementarios:</u></p> <p><u>Examen rutinario de la vista</u> \$0 de copago</p>
	<p><u>Servicios disponibles en</u></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidado de la visión – Suplementario Además, usted es elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un (1) examen rutinario de visión suplementario por año • Un máximo de \$700 anuales de beneficio suplementario para ser usados para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto. La cantidad de beneficio máximo aplica tanto dentro como fuera de la red. • Reglas de autorización pueden aplicar • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p><u>las Clínicas Multi-Especialidad</u> \$0 de copago</p> <p><u>Espejuelos y/o Lentes de Contacto</u> \$0 de copago</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	\$10,000 para servicios fuera de la red.
<p> Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre una sola visita preventiva vez de "Bienvenida a Medicare". La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y consejería sobre los servicios preventivos que necesita (incluyendo algunas pruebas diagnósticas y vacunas), y referidos para otro tipo de cuidado si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses que usted tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, déjele saber al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de "Bienvenida a Medicare".</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para la visita de prevención “Bienvenido a Medicare”.</p> <p><u>Fuera de la Red</u> (Opción Punto de Servicio) 20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar • Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red. 	<p>Este plan tiene un límite máximo anual de hasta \$10,000 para servicios fuera de la red.</p>

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

Sección 3.1 Tipos de servicios que *no cubrimos* (exclusiones)

Esta sección le informa sobre los tipos de servicios que están “excluidos” de la cubierta de Medicare y, por ende, no están cubiertos por este plan.

La tabla a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el Plan en ninguna circunstancia o que están cubiertos por el plan solo en condiciones específicas.

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

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), usted tendrá que pagar por ellos excepto en las condiciones específicas que se mencionan abajo. Aun si recibe servicios excluidos en una instalación de emergencias, los servicios excluidos siguen siendo servicios no cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es si el servicio se apela y se decide: en la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación particular. (Para información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado para no cubrir su servicio médico, vaya al Capítulo 9, Sección 5.3 en este documento).

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos.		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto en casos de lesiones accidentales o para mejorar el funcionamiento de una parte desfigurada del cuerpo. • Cubierto en todas las etapas de reconstrucción del seno luego de una mastectomía, al igual que en el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
<p>Cuidado de custodia</p> <p>El cuidado de custodia es cuidado personal que no requiere atención continua de personal médico adiestrado o personal paramédico, como lo es el cuidado para ayudarle con sus actividades diarias, tales como bañarse o vestirse.</p>	✓	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos experimentales.</p> <p>Se consideran procedimientos y artículos experimentales aquellos que Medicare Original han determinado que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.</p>		<p>Pueden estar cubiertos por Medicare Original o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro Plan.</p> <p>(Vea el Capítulo 3, Sección 5 para más información sobre estudios de investigación clínica).</p>
<p>Cargos cobrados por cuidarle por familiares cercanos o miembros de la familia.</p>	✓	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Cuidado de enfermería, a tiempo completo, en su hogar.	✓	
Servicio de ama de llaves incluyendo asistencia básica en el hogar, incluyendo limpieza ligera o preparación simple de alimentos.	✓	
Cuidado dental no rutinario		Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Zapatos ortopédicos o aparatos de apoyo para pies		Zapatos que son parte de una abrazadera para la pierna y están incluidos en los costos de esta. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad diabética del pie.
Artículos personales en su habitación o centro de enfermería especializada, como teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		Cubierto solo si se considera médicamente necesaria.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Procedimientos para revertir la esterilización y métodos anticonceptivos no recetados	✓	
Queratotomía radial, Cirugía LASIK y otros aparatos de ayuda para poca visión.	✓	
Servicios considerados no razonables e innecesarios, de acuerdo con los criterios de Medicare Original	✓	

CAPÍTULO 5:

*Utilizando la cubierta del plan para
sus medicamentos recetados de la
Parte D*

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 1 Introducción**

Este capítulo **explica las reglas para el uso de su cubierta de medicamentos de la Parte D**. Vea el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de cuidado de hospicio.

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

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

- Tiene que tener a un proveedor (un médico, dentista u otra persona que recete) que le haga una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- La persona que le recete no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo regular, tiene que utilizar una farmacia en la red para el despacho de sus recetas. (Vea la Sección 2, *Obtenga su receta en una farmacia de la red o a través del servicio por correo del plan*).
- Su medicamento tiene que estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* (para abreviar, le llamamos “Lista de Medicamentos”). (Vea la

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan*).

- Su medicamento tiene que usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso aprobado del medicamento, bien sea por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) o que su uso esté respaldado por algunos libros de referencia. (Vea la Sección 3 para más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas).

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

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si son despachadas por las farmacias en la red del plan. (Vea la Sección 2.5 para información sobre cuándo le cubriríamos recetas despachadas en farmacias fuera de la red).

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

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, busque en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestra página de Internet (www.mmmpr.com), o llame a Servicios al Afiliado.

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

¿Qué pasa si la farmacia que ha estado utilizando deja la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando deja la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios al Afiliado o utilice el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. También puede encontrar esta información en nuestra página de Internet www.mmmpr.com.

¿Qué pasa si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suplen medicamentos para terapia de infusión en el hogar.

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Farmacias que suplen medicamentos a residentes de una institución de cuidado prolongado (LTC, por sus siglas en inglés). Por lo general, una institución de cuidado prolongado (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad con el acceso a sus beneficios de Parte D en una institución de cuidado prolongado, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado.
- Farmacias que apoyan a los Servicios de Salud Indígenas/Tribales/Programa de Salud Indígena Urbano (no está disponible en Puerto Rico). Solo los Indígenas Americanos o Indígenas de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red, excepto en casos de emergencia.
- Farmacias que despachan medicamentos restringidos por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) a algunos lugares o que requieren manejo especial, coordinación de proveedores, o educación sobre su uso. (**Nota:** Esta situación debe ocurrir rara vez).

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de Proveedores y Farmacias* o llame a Servicios al Afiliado.

Sección 2.3 Utilizando el servicio de envío por correo del plan

Para algunas clases de medicamentos, puede utilizar los servicios que ofrece el plan para ordenar por correo. Por

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

lo general, los medicamentos que se envían por correo son los que toma regularmente, para una condición crónica o de tratamiento a largo plazo. Estos medicamentos están marcados en la lista de medicamentos como **medicamentos “MT”**.

El servicio de envío por correo de nuestro plan le permite ordenar un **suplido de hasta 90 días**.

Para obtener formularios para ordenar medicamentos e información sobre el despacho de su receta por correo, por favor comuníquese con Servicios al Afiliado a los números que aparecen al dorso de este documento.

Por lo general, una orden de una farmacia de órdenes por correo llega en no más de 10 días. Si la farmacia de envío de órdenes por correo entiende que se tardará más de 10 días, se comunicará con usted y le ayudará a decidir si espera por el medicamento, cancela la orden o adquiere su receta en una farmacia local. Si necesita hacer una orden urgente por algún atraso en la orden por correo, comuníquese con Servicios al Afiliado de *CVS Caremark* al 1-855-432-6711 (libre de cargos), (usuarios de TTY deben llamar al 711) para hablar sobre las opciones que pueden incluir utilizar una farmacia local o acelerar el método de envío. Bríndele al representante su número de afiliado y su(s) número(s) de receta(s). Si desea que sus medicamentos se entreguen al día siguiente o al segundo día, puede solicitarlo por un costo adicional, al representante que atienda la llamada.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente de la oficina de su médico. Luego de que la farmacia reciba la receta de un proveedor de cuidado de la salud, la farmacia de órdenes por correo se comunicará con usted para verificar si desea que se le despache el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunice con usted para que le deje saber si deben enviar, retrasar o detener la nueva receta.

Repeticiones de recetas por correo. Para repeticiones de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en el programa de repeticiones automáticas llamado ReadyFill at Mail®. Este programa comenzará a procesar su próxima repetición, de forma automática, cuando nuestros récords indiquen que su medicamento se está terminando. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada repetición para asegurarse de que necesita más medicamento y para que pueda cancelar envíos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de envíos automáticos, pero aún desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se termine su receta actual. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Para cancelar su servicio a través de nuestro programa *ReadyFill at Mail*® que prepara sus repeticiones por correo de forma automática, por favor llámenos contactando a *CVS Caremark* al 1-855-432-6711 (libre de cargos), (usuarios de TTY deben llamar al 711). El Departamento de Servicio al Cliente para órdenes por correo está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Hay servicio de intérprete disponible para personas que no hablen español.

Si recibe envío automático por correo que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suplido de medicamentos a largo plazo?

Cuando obtiene un suplido de medicamentos a largo plazo, su costo compartido podría ser menor. El plan le ofrece dos maneras para obtener suplidos a largo plazo de medicamentos de “mantenimiento” (también conocido como “suplido extendido”) que estén en Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma regularmente, para una condición crónica o de cuidado prolongado).

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- 1. Algunas farmacias al detal** dentro de nuestra red le permiten obtener un suplido a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de Proveedores y Farmacias* le indica cuáles farmacias dentro de nuestra red pueden despacharle un suplido a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al Afiliado para más información.
- 2.** También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Vea la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo se puede utilizar una farmacia que no esté en la red del plan?

Su receta podría estar cubierta en algunas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se despachan en una farmacia fuera de la red solo cuando no pueda utilizar una farmacia en la red. Para ayudarle, tenemos una red de farmacias fuera de nuestra área de servicio donde se le pueden despachar sus recetas como afiliado de nuestro plan. **Por favor, consulte primero con Servicios al Afiliado** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Lo más probable es que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

A continuación, están las circunstancias bajo las cuales podríamos cubrir las recetas despachadas en una farmacia fuera de la red:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en un período de tiempo razonable dentro de nuestra área de servicio porque no hay una farmacia de la red que quede a una distancia razonable para llegar manejando y que provea servicio las 24 horas.
- Si está tratando de que se le despache un medicamento recetado que, por lo regular, la farmacia de la red cercana a usted no tiene disponible (incluyendo medicamentos de alto costo y medicamentos únicos).
- Si le van a administrar una vacuna médicamente necesaria, pero que no está cubierta por la Parte B de Medicare o algunos medicamentos cubiertos que se administran en el consultorio de su médico.

¿Cómo le solicita un reembolso al plan?

Si se ve obligado a utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente, tendrá que pagar el costo completo (en lugar de su costo compartido normal del costo) al momento de despachársele su receta. Puede solicitarnos un reembolso por nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo solicitarle un reembolso al plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos tienen que estar en la “Lista de Medicamentos”

<h3>Sección 3.1 La “Lista de Medicamentos” le indica cuáles medicamentos de la Parte D están cubiertos</h3>
--

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. Para abreviar, en esta *Evidencia de Cubierta* le llamaremos “**Lista de Medicamentos**”.

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

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos un medicamento en la Lista de Medicamentos siempre y cuando siga las otras reglas de cubierta explicadas en este capítulo y que el uso del medicamento sea una “indicación médicamente aceptada”. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que está:

- -- o – Aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), para el diagnóstico o condición para el cual está siendo recetado.

- -- o – Respaldado por algunas referencias, como el compendio *American Hospital Formulary Service Drug Information* y el Sistema de Información *DRUGDEX*.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos

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 típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos regulares, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan tan bien como el de marca y productos biológicos y normalmente cuestan menos. Hay medicamentos genéricos y alternativas biosimilares disponibles que reemplazan a muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

¿Qué *no* se encuentra en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley estipula que ningún plan Medicare puede cubrir algunos tipos de medicamentos (para más información sobre esto, vea la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de Medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay 6 “niveles de costo compartido” para los medicamentos en la Lista de Medicamentos

Cada medicamento en la Lista de Medicamentos del plan está en uno de los 6 niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más alto el nivel del costo compartido, más alto será su costo para el medicamento:

- **Nivel 1 de Costo Compartido - Medicamentos Genéricos Preferidos (nivel genérico más bajo):** Medicamentos Genéricos que están disponibles al costo compartido más bajo para este plan.
- **Nivel 2 de Costo Compartido - Medicamentos Genéricos:** Medicamentos Genéricos que MMM le ofrece a un costo más alto que el Nivel 1.

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Nivel 3 de Costo Compartido - Medicamentos de Marca Preferida:** Medicamentos de Marca que MMM le ofrece a un costo más bajo que el Nivel 4. Los costos para insulinas selectas serán \$0.
- **Nivel 4 de Costo Compartido - Medicamentos de Marca No Preferida:** Medicamentos de Marca que MMM le ofrece a un costo más alto que el Nivel 3.
- **Nivel 5 de Costo Compartido - Medicamentos Especializados (nivel más alto):** Algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo.
- **Nivel 6 de Costo Compartido - Medicamentos de Cuidado Selecto (nivel de marca más bajo):** Incluye algunos medicamentos para la diabetes, cardiovasculares, asma y EPOC que MMM ofrece a un costo más bajo que el Nivel 3 y el Nivel 4.

Para saber en cuál nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

La cantidad que paga por medicamentos en cada nivel de costo compartido aparece en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Hay 3 formas de saberlo:

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

1. Verifique la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
2. Visite la página de Internet del plan en (www.mmmpr.com). La Lista de Medicamentos que se encuentra en nuestra página de Internet siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios al Afiliado para saber si un medicamento en particular se encuentra en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cubierta para algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para algunos medicamentos recetados, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para recomendarle a usted y a su proveedor utilizar los medicamentos de la manera más efectiva. Para verificar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, verifique la Lista de Medicamentos. Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como un medicamento de mayor costo desde el punto de vista médico, las reglas del plan están diseñadas para recomendarle a usted y a su proveedor utilizar esa opción de menor costo.

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Sección 4.2 ¿Qué clase de restricciones?

Las secciones a continuación le brindan más información sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo regular significa que usted o su proveedor deberán tomar pasos adicionales para que cubramos su medicamento. Comuníquese con Servicios al Afiliado para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener cubierta para el medicamento. Si desea que se elimine la restricción por usted, deberá usar el proceso de decisión de cubierta y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en no aplicar la restricción en su caso. (Vea el Capítulo 9)

Limitar los medicamentos de marca cuando hay versiones genéricas disponibles

Por lo general, un medicamento “genérico” funciona de la misma manera que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando la versión genérica de un medicamento de marca está disponible, las farmacias de nuestra red le despacharán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha notificado la razón médica por la cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos para tratar la misma condición funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo podría ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtener aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su médico necesitará obtener aprobación del plan antes de que accedamos a cubrirlos. A esto se le llama “**preautorización**”. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de algunos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no ser cubierto por el plan.

Probar un medicamento diferente primero

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Este requisito promueve el que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero usualmente igual de efectivos, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerirle que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A resulta no ser efectivo para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. A este requisito de probar un medicamento diferente primero se le conoce como **“Terapia Escalonada”**.

Límites en las cantidades

En el caso de algunos medicamentos, limitamos cuánto de un medicamento recibirá cada vez que se le despache una receta. Es decir, si normalmente se considera seguro tomar una pastilla al día de un medicamento en particular, podríamos limitar la cubierta de su receta a no más de una pastilla al día.

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto del modo en que le gustaría que lo estuviera?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto del modo en que le gustaría que lo estuviera

Hay situaciones en las que está tomando un medicamento recetado, o uno que usted y su proveedor

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

piensan que debería estar tomando, que no está en nuestro formulario o que está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto de forma alguna. O, quizás la versión genérica de un medicamento está cubierta, pero la versión de marca que quiere tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero dicha cubierta conlleva reglas adicionales o restricciones, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea mayor de lo que usted considera debe ser.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto del modo en que le gustaría que lo estuviera. Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido, vaya a la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean mayor de

lo que usted considera debe ser, vaya a la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido, vea a continuación las opciones:

- Podría obtener un suplido temporero del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que quite las restricciones de este.

Podría obtener un suplido temporero

En circunstancias específicas, el plan debe proporcionar un suplido temporero de un medicamento que ya esté tomando. Este suplido temporero le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en cubierta y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suplido temporero, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar**

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

en la Lista de Medicamentos del plan O ahora debe estar restringido de alguna manera.

- **Si es un afiliado nuevo**, cubriremos un suplido temporero de su medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suplido temporero de su medicamento durante los primeros 90 días del año natural.
- Este suplido temporero será por un máximo de 30 días. Si su receta está hecha para menos días, permitiremos múltiples despachos hasta alcanzar un máximo de 30 días de medicamento. El medicamento tiene que obtenerse en una farmacia de la red. (Note que la farmacia de cuidado prolongado puede proveerle los medicamentos en menores cantidades para prevenir pérdidas).
- **Para quienes han estado afiliados al plan por más de 90 días y residen en una institución de cuidado prolongado y necesitan un suplido de inmediato:**

Cubriremos un suplido de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está hecha para menos días. Esto es adicional al suplido temporero que se menciona en la situación anterior.

- **Para los afiliados que han sido dados de alta de un hospital, hospital psiquiátrico o de otra**

institución de cuidado a su hogar, o si tiene limitaciones para obtener sus medicamentos:

Cubriremos un suplido de 30 días de medicamentos que no estén en la Lista de Medicamentos o si tiene alguna restricción en la Lista de Medicamentos (preautorización, terapia escalonada, límites en las cantidades).

Para preguntas sobre suplido temporero, llame a Servicios al Afiliado.

Durante el tiempo que esté utilizando un suplido temporero de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suplido temporero se agote. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si hay otro medicamento cubierto por el plan que le podría funcionar igual de bien. Puede llamar a Servicios al Afiliado para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor identifique un medicamento cubierto que podría ser efectivo para usted.

2) Puede solicitar una excepción

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento del modo en que a usted le gustaría que se cubra. Si su proveedor indica que hay razones médicas para justificar el solicitarnos una excepción, él o ella podría ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra el medicamento aun cuando no esté en la Lista de Medicamentos. O, puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un afiliado actualmente y, el próximo año, un medicamento que utiliza será eliminado del formulario o restringido de alguna forma, le notificaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes de comenzar el siguiente año y le daremos una respuesta en un período de 72 horas luego de haber recibido su solicitud (o la notificación de apoyo de parte del médico que le receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cubierta de su medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4, les indica lo que deben hacer. Este explica los procedimientos y las fechas límites que Medicare ha establecido para asegurar que su solicitud se maneje con rapidez e imparcialidad.

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

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera es muy alto, he aquí lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Quizás haya un medicamento diferente en un nivel más bajo de costo compartido que le funcione igual de bien. Llame a Servicios al Afiliado y solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que funcione igual de bien para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pueda pagar menos por el mismo. Si su proveedor indica que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, él o ella puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica lo que tiene que hacer.

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Le explica los procedimientos y las fechas límites establecidas por Medicare para asegurar que su solicitud se maneje con rapidez e imparcialidad.

Los medicamentos en el Nivel Especializado (Nivel 5) no son elegibles para este tipo de excepción. Nosotros no reducimos la cantidad de costo compartido para medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si la cubierta para uno de sus medicamentos cambia?

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Añadir o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Añadir o quitar una restricción en la cubierta para un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

Tenemos que seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué pasa si cambia la cubierta para un medicamento que está tomando?

Información de cambios a la cubierta de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de Medicamentos, nosotros incluimos información sobre estos cambios en nuestra página de Internet. También actualizamos regularmente nuestra Lista de Medicamentos en línea. A continuación, le indicamos los momentos en que recibirá notificación directa sobre cambios hechos a un medicamento que esté tomando.

Cambios en su cubierta de medicamentos que le afectan durante este año:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel del costo compartido o establecemos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambos)**
 - Podemos remover inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si estamos reemplazándolo con una versión genérica recién aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido menor, con las mismas o menos restricciones. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o añadirle nuevas restricciones, o ambos, cuando se añada el genérico nuevo.

- Podemos no avisarle con anticipación antes de hacer ese cambio - aunque esté tomando el medicamento de marca actualmente. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le informaremos sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- Usted o su proveedor puede pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriéndole el medicamento de marca. Para información sobre cómo pedir una excepción, vea el Capítulo 9.
- **Medicamentos que no sean seguros y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos que hayan sido retirados del mercado**
 - De vez en cuando un medicamento puede establecerse como no seguro o puede ser

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

removido del mercado por otra razón. Si esto sucede, sacaremos el medicamento de la Lista de Medicamentos inmediatamente. Si está tomando ese medicamento, le dejaremos saber enseguida.

- Su proveedor también se enterará de este cambio y le ayudará a encontrar otro medicamento para su condición.
- **Otros cambios a medicamentos en la Lista de Medicamentos**
 - Una vez haya comenzado el año, podemos hacer cambios que afectan medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos añadir un medicamento genérico, que no es nuevo en el mercado, para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos o cambiar el nivel de costo compartido o establecer nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambos. De igual forma, podríamos hacer cambios basados en advertencias resaltadas en las etiquetas hechas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) o en nuevas guías clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, tenemos que notificarle del cambio con, al menos, 30 días de anticipación o notificarle del cambio y despacharle en una farmacia de la red un suplido de 30 días del medicamento que está tomando.

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Después que reciba la notificación de cambio, usted debe dialogar con su proveedor para cambiar a otro medicamento que sí cubrimos o para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando.
- Usted o quien le recete puede solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriéndole el medicamento. Para información sobre cómo solicitar una excepción, vea el Capítulo 9.

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

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no están descritos arriba. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento, cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Si movemos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto
- Si le aplicamos una nueva restricción al uso de su medicamento
- Si removemos su medicamento de la Lista de Medicamentos

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Si alguno de estos cambios sucede para un medicamento que está tomando (excepto que se haya retirado del mercado, o porque un medicamento genérico haya reemplazado al medicamento de marca o cualquier otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso de este o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Probablemente, no verá ningún aumento en sus pagos ni nuevas restricciones para el uso de ese medicamento.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año corriente del plan. Deberá ver la Lista de Medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el Período de Afiliación Abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le dice qué tipos de medicamentos recetados están “excluidos”. Esto quiere decir que ni Medicare ni Medicaid pagan por ellos.

Si adquiere medicamentos que están excluidos, usted tendrá que pagar por ellos. Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido por la

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para información sobre cómo apelar nuestra decisión, vaya al Capítulo 9).

A continuación, las tres reglas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren bajo la Parte D:

- La cubierta de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Normalmente, nuestro plan no cubre usos para una indicación no autorizada. “Uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso de un medicamento fuera de los indicados en la etiqueta según fueron aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).
- La cubierta para “Uso para una indicación no autorizada” se permite solo cuando el uso se apoya en ciertas referencias, tales como el *American Hospital Formulary Service Drug Information* y el Sistema de Información DRUGDEX.

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también conocidos como medicamentos fuera del recetario)
- Medicamentos usados para estimular la fertilidad
- Medicamentos usados para el alivio de la tos o síntomas de catarro
- Medicamentos usados para propósitos cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas recetadas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparados de fluoruro
- Medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos usados para el tratamiento de anorexia, reducción de peso, o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere la compra de pruebas relacionadas o servicios de monitoreo exclusivamente al fabricante como condición de la venta.

SECCIÓN 8 Despachando una receta

Sección 8.1 Presente su información de afiliado

Para que le despachen su receta, presente su información de afiliado del plan, la cual se encuentra en su tarjeta de afiliado del plan, en la farmacia de su preferencia dentro de la red. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan por nuestra parte del costo de su medicamento. Usted tendrá que pagarle a la farmacia su parte del costo cuando recoja su receta.

Sección 8.2 ¿Qué pasa si no tiene su información de afiliado a la mano?

Si no tiene su información de afiliado a la mano cuando vaya a ordenar su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede conseguir la información necesaria, **usted podría tener que pagar el costo completo de la receta al recogerla.** (Luego, puede **pedirnos un reembolso por** nuestra parte del costo. Vea el Capítulo 7, Sección 2.1 para información sobre cómo solicitarle un reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué pasa si está en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan?

Si es admitido a un hospital o a un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, nosotros por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Cuando salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan seguirá cubriendo sus medicamentos recetados siempre y cuando los mismos cumplan con todas las reglas de cubierta descritas en este Capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué pasa si es residente de una institución de cuidado prolongado (LTC, por sus siglas en inglés)?

Normalmente, una institución de cuidado prolongado (LTC) (como un hogar para ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que sule los medicamentos de los residentes. Si usted es residente de una institución de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia de la institución o la que utilice, siempre que esta sea parte de nuestra red de farmacias.

Verifique en su *Directorio de Proveedores y Farmacias* si la farmacia de su institución de LTC o la que utilice, es

parte de nuestra red. Si no lo es, o si usted necesita más información o asistencia, por favor comuníquese con Servicios al Afiliado. Si se encuentra en una institución de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de manera rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué pasa si es residente de una institución de cuidado prolongado (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera?

Vea la Sección 5.2 sobre un suplido temporero o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué pasa si está recibiendo cubierta adicional para medicamentos a través de su patrono o plan grupal de jubilados?

Si actualmente cuenta con otra cubierta para medicamentos recetados a través de su patrono o de un plan grupal de jubilados (o de su cónyuge), por favor, **comuníquese con el/la administrador(a) de beneficios de ese grupo**. Él o ella le puede ayudar a determinar cómo su actual cubierta para medicamentos recetados funcionará junto con nuestro plan.

Por lo general, si usted tiene cubierta para patronal o grupal de jubilados, la cubierta para medicamentos que recibirá de nosotros será secundaria a su cubierta

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

grupal. Esto significa que su cubierta grupal pagará primero.

Una nota importante sobre ‘cubierta acreditable’:

Cada año, su patrono o plan grupal de jubilados debe enviarle un aviso para comunicarle si su cubierta de medicamentos recetados para el próximo año natural es “acreditable”.

Si la cubierta de su plan grupal es “**acreditable**”, significa que tiene una cubierta de medicamentos que se supone pague, en promedio, al menos lo mismo que paga la cubierta estándar de medicamentos de Medicare.

Guarde este aviso sobre cubierta acreditable, porque podría necesitarlo después. Si usted se afilia a un plan Medicare que incluye cubierta para medicamentos de la Parte D, podría necesitar estos avisos para demostrar que ha mantenido una cubierta acreditable. Si no recibió el aviso sobre cubierta acreditable, solicite una copia de parte del administrador de beneficios de su plan patronal o de jubilados, de su patrono, o de su unión.

Sección 9.4 ¿Qué pasa si está en un hospicio certificado por Medicare?

Todos los medicamentos están cubiertos por nuestro plan. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, un anti-náuseas, un

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

laxante, un medicamento para el dolor o un medicamento contra la ansiedad) que no están cubiertos por su hospicio ya que no está relacionado con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, nuestro plan tiene que recibir notificación, ya sea del médico que receta o de su proveedor de hospicio, que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en recibir estos medicamentos que deben ser cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de hospicio o a su médico que notifique antes de que la farmacia despache su receta.

En el caso de que usted revoque su elección de hospicio o que sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos, según explica este documento. Para evitar cualquier demora en la farmacia cuando finaliza su beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas para la administración y uso seguro de medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a los afiliados a utilizar sus medicamentos de manera segura
--

Revisamos el uso que nuestros afiliados les dan a sus medicamentos para asegurarnos de que estén obteniendo un cuidado apropiado y seguro.

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Hacemos una revisión cada vez que usted entrega una receta. También revisamos nuestros archivos con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores de medicación.
- Medicamentos que podrían ser innecesarios porque ya está tomando otro medicamento para tratar la misma condición.
- Medicamentos que resultarían poco seguros o apropiados para su edad o género.
- Algunas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarle si los toma a la misma vez.
- Recetas de medicamentos con ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades peligrosas de medicamentos opioides para el dolor

Si vemos un problema potencial en su uso de medicamentos, nos comunicaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de Manejo de Medicamentos para ayudar a los afiliados a utilizar sus medicamentos opioides de forma segura

Tenemos un programa que ayuda a asegurarnos que nuestros afiliados utilicen de forma segura sus medicamentos recetados, opioides y otros medicamentos que son abusados con frecuencia. Este programa se llama Programa para el Manejo de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés). Si usted utiliza medicamentos opioides que recibe de varios doctores o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides es apropiado y médicamente necesario. Si decidimos, junto con sus médicos, que su uso de medicamentos opioides recetados o benzodiacepinas no es seguro, podremos limitar la forma en que puede recibir esos medicamentos. Si le ubicamos en nuestro DPM, las limitaciones pueden ser:

- Requerir que obtenga todos los despachos de medicamentos opioides o benzodiacepinas de alguna(s) farmacia(s)
- Requerir que obtenga todas las recetas para medicamentos opioides o benzodiacepinas de alguno(s) médico(s)
- Limitar la cantidad que le cubriremos de medicamentos opioides o benzodiacepinas

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Si limitamos cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le informará sobre las limitaciones que entendemos le deben aplicar. Usted también tendrá la oportunidad de decidir cuáles médicos o farmacias prefiere utilizar, y sobre cualquier otra información que entienda es importante que nosotros sepamos. Luego de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cubierta para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si piensa que hemos cometido un error o está en desacuerdo con nuestra o está en desacuerdo con la limitación, usted y quien le recete tienen el derecho de apelar. Si apela, revisaremos su caso y le brindaremos una decisión. Si alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que aplican a su acceso a medicamentos continúa denegada, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Vea el Capítulo 9 para información sobre cómo solicitar una apelación.

Usted no será ubicado en nuestro DMP si tiene condiciones particulares, como dolor activo relacionado a cáncer, o anemia de células falciformes, o si está recibiendo cuidado de hospicio, cuidado paliativo o de fin de vida, o si reside en una institución de cuidado prolongado, puede ser que el programa DMP no le aplique.

Sección 10.3 Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés) para ayudar a los afiliados a usar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros afiliados con necesidades de salud complejas. Nuestro programa es conocido como Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa es voluntario y gratis. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros afiliados obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos afiliados que toman medicamentos para tratar diferentes condiciones médicas y tienen altos costos de medicamentos o están en un DMP para ayudar a los afiliados a usar sus opioides de manera segura, podrían obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una evaluación completa de todos sus medicamentos. Durante la evaluación, puede dialogar sobre sus medicamentos, sus costos o cualquier otro problema que esté confrontando o preguntas que pueda tener sobre sus medicamentos recetados y medicamentos fuera del recetario. Obtendrá un resumen escrito el cual contiene un plan de acción de medicamentos que recomienda, que incluye los pasos a seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los

CAPÍTULO 5: Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

medicamentos que está tomando, cuánto toma y por qué los toma. Además, los afiliados del programa MTM recibirán información sobre cómo descartar de forma segura medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Traiga su plan de acción y lista de medicamentos con usted a su visita o en cualquier momento en que vaya a hablar con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos al día y con usted (por ejemplo, con su identificación) por si va al hospital o sala de emergencias.

Si tenemos un programa que le convenga, le inscribiremos automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar en el programa, por favor, infórmenos y cancelaremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado.

CAPÍTULO 6:

*Lo que paga por sus medicamentos
recetados de la Parte D*

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de Cubierta* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no le aplique.**

SECCIÓN 1 Introducción

<h4>Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cubierta de medicamentos</h4>

Este capítulo hace énfasis en lo que paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, utilizamos la palabra “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como explicamos en el Capítulo 5, no todos los medicamentos pertenecen a la Parte D — algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cubierta de Medicare por ley.

Para entender la información de pago, necesita saber los medicamentos cubiertos, dónde obtener sus recetas y qué reglas debe seguir al obtener sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, Secciones 1 a la 4 explican estas reglas.

Sección 1.2 Tipos de costos que podría pagar de su bolsillo por medicamentos cubiertos

Existen diferentes tipos de costos que podría pagar fuera de su bolsillo por medicamentos de la Parte D. La cantidad que paga por un medicamento se llama “costo compartido” y se le podría pedir que pague de tres modos.

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

Sección 1.3 Cómo Medicare calcula sus costos de su bolsillo

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para los costos de su bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para mantener la cuenta de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo incluyen los pagos enumerados a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y

usted siga las reglas para cubierta de medicamentos que se explicaron en el Capítulo 5):

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
 - La Etapa de Cubierta Inicial.
 - Etapa de Brecha de Cubierta

- Cualquier pago que efectuó durante este año natural como afiliado de otro plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de unirse al nuestro.

Es importante quién paga:

- Si usted hace estos pagos **por su cuenta**, se incluyen en sus costos de bolsillo.
- Estos *pagos también se incluyen* si se hacen en su nombre por parte de **algunos otros individuos u organizaciones**. Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por amigos o parientes, la mayoría de las organizaciones benéficas, los programas de asistencia de medicamentos para pacientes de SIDA, o por el Servicio de Salud para Indígenas. Los pagos realizados por el programa de “Ayuda Adicional” de Medicare también están incluidos.
- Algunos de los pagos hechos por el Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare

CAPÍTULO 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

están incluidos. La cantidad que un fabricante paga por sus medicamentos de marca también está incluida. Pero, la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Pasando a la Etapa de Cubierta Catastrófica:

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) haya(n) pagado un total de \$7,400 en costos de su bolsillo dentro del año natural, pasará de la Etapa de Brecha de Cubierta y pasará a la Etapa de Cubierta Catastrófica.

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

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

- Medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por el plan.
- Medicamentos comprados en farmacias fuera de la red del plan que no reúnan los requisitos del plan para ser cubiertos fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluyendo medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o

por la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cubierta de Medicare.

- Pagos que usted realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos hechos por su plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras usted se encuentra en la Brecha de Cubierta.
- Pagos por sus medicamentos hechos por planes grupales de salud incluyendo los planes de salud patronales.
- Pagos por sus medicamentos hechos por algunos planes de seguros y programas de salud subsidiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos hechos por un tercero con obligación legal de pagar por los costos de sus recetas (por ejemplo, el Fondo de Seguro del Estado).

Recordatorio: si alguna otra organización como las que se mencionan arriba paga parcial o totalmente su costo de bolsillo por medicamentos, usted tiene que comunicárselo al plan, llamando a Servicios al Afiliado.

¿Cómo puede darle seguimiento al total de sus costos de bolsillo?

- **Nosotros le ayudaremos.** El resumen de Explicación de Beneficios Parte D que le enviamos contiene la cantidad actualizada de sus costos de bolsillo. Cuando llegue a un total de \$7,400, este informe le indicará que ha salido de la Etapa de Brecha de Cubierta y pasará a la Etapa de Cubierta Catastrófica.
- **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 explica qué puede hacer para ayudar a que nuestros archivos sobre sus gastos estén completos y al día.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento

<h3>Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los afiliados de MMM Balance?</h3>

Hay cuatro "etapas de pago por medicamentos" para su cubierta de medicamentos recetados bajo MMM Balance. Cuánto paga por un medicamento depende de la etapa en la que usted se encuentre al momento de encargar su receta o pedir una repetición. Los detalles de cada etapa se encuentran desde la Sección 4 hasta la 7 de este Capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa de Deducible Anual

Etapa 2: Etapa de Cubierta Inicial

Etapa 3: Etapa de Brecha de Cubierta

Etapa 4: Etapa de Cubierta Catastrófica

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:
no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en cuál etapa se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado “Explicación de Beneficios Parte D” (Part D EOB, por sus siglas en inglés)

Nuestro plan les da seguimiento a los costos de sus medicamentos recetados y a los pagos que ha hecho al obtener sus recetas o repeticiones en la farmacia. De esta manera, le podemos avisar cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la próxima. En particular, hay dos tipos de costos específicos que analizamos:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se llama su **“costo de bolsillo”**.
- Llevamos un registro de los **“costos totales por sus medicamentos”**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan por usted, más la cantidad pagada por el plan.

Si le despachan una o más recetas durante el mes anterior, nuestro plan preparará un resumen escrito llamado Explicación de Beneficios Parte D (conocido también como “EOB Parte D”). El EOB Parte D incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe contiene los detalles de pagos por las recetas que se le hayan despachado durante el mes anterior. Muestra los

costos totales por los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted, y otros en su nombre, pagaron.

- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se llama información “del año hasta el presente”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información del precio de medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre el aumento en precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de medicamentos recetados con menor costo.** Se incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamación de medicamentos recetados.

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

Para darles seguimiento a los costos de sus medicamentos y a lo que paga por los mismos, utilizamos los datos que recibimos de las farmacias. Usted nos puede ayudar a mantener su información correcta y al día de la siguiente forma:

- **Muestre su tarjeta de afiliado cada vez que obtenga una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos

de que nos llegue información sobre las recetas que encargue y lo que pague.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Algunas veces, podría tener que pagar por el costo completo de un medicamento recetado. En estos casos, no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de sus costos de bolsillo, provéanos copias de sus recibos. A continuación, hay ejemplos en las que sería recomendable darnos copia de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios del plan.
 - Cuando haga un copago por medicamentos que se proveen bajo un programa de asistencia al paciente auspiciado por un fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que compre medicamento cubiertos en farmacias de la red o cuando, bajo circunstancias especiales, pague el precio completo por un medicamento cubierto.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo. Para instrucciones sobre cómo hacer esto, vea el Capítulo 7, Sección 2.

CAPÍTULO 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho por usted.** Los pagos hechos por ciertos individuos u organizaciones también se aplican a sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos hechos por un programa de asistencia de medicamentos para pacientes con SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas, se pueden aplicar a sus costos de bolsillo. Lleve un récord de estos pagos y envíelos a nuestras oficinas para estar al tanto de sus costos.
- **Verifique el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la EOB Parte D revísela para asegurarse de que la información esté completa y correcta. Si piensa que falta algo o si tiene preguntas, por favor, llámenos a Servicios al Afiliado. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para MMM Balance

No hay deducible para MMM Balance. Usted comienza en la Etapa de Cubierta Inicial cuando le despachan su primer medicamento recetado del año. Vea la Sección 5 para información sobre su cubierta durante la Etapa de Cubierta Inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cubierta Inicial, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponde y usted paga la suya

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento dependerá del medicamento y en dónde le despachan su receta

Durante la Etapa de Cubierta Inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga la parte que le corresponde (la cantidad de su copago o coaseguro). Su parte del costo va a variar dependiendo del medicamento y del lugar donde se despache la receta.

El plan tiene 6 niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- **Nivel 1 de Costo Compartido - Medicamentos Genéricos Preferidos (nivel genérico más bajo):** Medicamentos Genéricos que están disponibles al costo compartido más bajo para este plan.
- **Nivel 2 de Costo Compartido - Medicamentos Genéricos:** Medicamentos Genéricos que MMM le ofrece a un costo más alto que el Nivel 1.

- **Nivel 3 de Costo Compartido - Medicamentos de Marca Preferida:** Medicamentos de Marca que MMM le ofrece a un costo más bajo que el Nivel 4.
- **Nivel 4 de Costo Compartido - Medicamentos de Marca No Preferida:** Medicamentos de Marca que MMM le ofrece a un costo más alto que el Nivel 3.
- **Nivel 5 de Costo Compartido - Medicamentos Especializados (nivel más alto):** Algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo.
- **Nivel 6 de Costo Compartido - Medicamentos de Cuidado Selecto (nivel de marca más bajo):** Incluye algunos medicamentos para la diabetes, cardiovasculares, asma y EPOC que MMM ofrece a un costo más bajo que el Nivel 3 y el Nivel 4.

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

Sus opciones de farmacia

Cuanto pagará por un medicamento dependerá del lugar donde adquiera el medicamento:

- Una farmacia al detal dentro de la red
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos recetas despachadas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Vea el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo cubriremos un medicamento con receta despachado en una farmacia fuera de la red.

- La farmacia de órdenes por correo de nuestro plan

Para más información sobre estas opciones de farmacia y el despacho de sus recetas, vea el Capítulo 5 y el *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.

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

Durante la Etapa de Cubierta Inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto puede ser un copago o un coaseguro.

Como se muestra en la tabla siguiente, la cantidad del copago o coaseguro depende del nivel de costo compartido.

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

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

	Costo compartido en farmacia de la red (suplido por hasta 30 días)	Costo compartido en farmacia de la red para cuidado prolongado (LTC) (suplido por hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cubierta está limitada a algunas situaciones; vea el Capítulo 5 para detalles). (suplido por hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos Genéricos Preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

CAPÍTULO 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

compartido o (Medicamentos Genéricos)			
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de Marca Preferida)	\$3 de copago	\$3 de copago	\$3 de copago
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de Marca No Preferida)	\$7 de copago	\$7 de copago	\$7 de copago
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos)	25% de coaseguro	25% de copago	25% de copago

CAPÍTULO 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Especializados)			
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos de Cuidado Selecto)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

Sección 5.3 Si su médico le receta una cantidad menor al suministro para un mes, podría no tener que pagar el costo completo del suministro para un mes

Por lo general, la cantidad que paga por un medicamento recetado cubre el suministro completo para un mes. Puede haber ocasiones en las que a usted o a su médico le gustaría tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando esté probando un medicamento por primera vez). También puede solicitarle a su médico que le recete, y a su farmacia que le despache, una cantidad menor al suministro completo

para un mes, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas reabastecimiento para diferentes recetas.

Si usted obtiene una cantidad menor al suministro para un mes no tendrá que pagar por el costo completo del suministro.

- Si es responsable del coaseguro, paga un por ciento del costo total del medicamento. Dado que el coaseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará por el número de días del medicamento que reciba, en lugar de todo el mes. Calcularemos la cantidad que pagará por día por su medicamento (la tarifa de costo compartido diaria) y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también conocido como “suministro extendido”). El suministro a largo plazo es hasta por 90 días.

La tabla continuación muestra lo que paga cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento.

CAPÍTULO 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

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

	Costo compartido estándar en farmacia en la red (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido en orden por correo (suministro para hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos Genéricos Preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos Genéricos)	\$0 de copago	\$0 de copago

CAPÍTULO 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

	Costo compartido estándar en farmacia en la red (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido en orden por correo (suministro para hasta 90 días)
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de Marca Preferida)	\$6 de copago	\$6 de copago
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de Marca No Preferida)	\$14 de copago	\$14 de copago
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos Especializados)	Un suplido a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	Un suplido a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.

CAPÍTULO 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

	Costo compartido estándar en farmacia en la red (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido en orden por correo (suministro para hasta 90 días)
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos de Cuidado Selecto)	\$0 de copago	\$0 de copago
Insulinas Selectas	\$0 de copago	\$0 de copago

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cubierta Inicial hasta que sus costos totales anuales por sus medicamentos lleguen a \$4,660

Usted permanece en la Etapa de Cubierta Inicial hasta que el costo total por los medicamentos recetados que haya obtenido y repetido llegue al **límite de \$4,660 que tiene la Etapa de Cubierta Inicial.**

La EOB Parte D que recibe le ayudará a llevar un récord de cuánto usted, el plan, y cualquier tercero, han pagado

por sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,660 en un año.

Le avisaremos si llega al límite de \$4,660. Si alcanza esta cantidad, saldrá de la Etapa de Cubierta Inicial y pasará a la Etapa de Brecha de Cubierta. Vea la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Los costos en la Etapa de Brecha de Cubierta

Cuando usted está en la Etapa de Brecha de Cubierta, el Programa Medicare de Descuento para la Brecha de Cubierta provee descuentos de fabricantes para medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado, más una parte del cargo por despacho por medicamentos de marca. Tanto la cantidad que usted paga como la cantidad del descuento del fabricante cuentan para sus gastos de bolsillo como si usted los hubiese pagado y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta.

Sin embargo, en este plan usted también recibe cubierta de nivel parcial para medicamentos genéricos y de marca. Esto significa que solo algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario en los Niveles 1, 2 y 6 estarán cubiertos, generalmente medicamentos de mantenimiento. Por favor refiérase a la tabla a continuación para los copagos aplicables:

CAPÍTULO 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Nivel de Medicamento	Costo compartido en Farmacia al detal en la Red (suplido por hasta 30 días)	Costo compartido en Farmacia al detal en la Red (suplido por hasta 90 días)	Costo compartido en Farmacia de ciudad o a largo plazo en la Red (suplido por hasta 31 días)	Costo compartido para Servicios de órdenes correo (suplido por hasta 90 días)	Costo compartido en Farmacia fuera de la Red (suplido por hasta 30 días)
Nivel 1 de Costo Compartido (Medicamentos Genéricos Preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de Costo Compartido	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

CAPÍTULO 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

(Medicamentos Genéricos)					
Nivel 6 de Costo Compartido (Medicamentos de Cuidado Selecto)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

MMM Balance ofrece cubierta adicional en la brecha para Insulinas Selectas. Durante la Etapa de Brecha de Cubierta, sus gastos de bolsillo para insulinas selectas serán \$0. Para saber cuáles medicamentos cualifican como insulinas selectas, revise la Lista de Medicamentos que le enviamos por correo. Usted puede identificar las insulinas selectas en el formulario de medicamentos con el siguiente símbolo: SSM. Si tiene dudas sobre su Lista de Medicamentos, puede llamar a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

Por todos los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 25% del costo y el plan paga el resto. Solo la cantidad que usted paga cuenta y lo mueve a través de la brecha de cubierta.

Usted continúa pagando el precio de descuento por todos los demás medicamentos de marca y el costo compartido aplicable por medicamentos genéricos y de marca hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen la cantidad máxima establecida por Medicare. Una vez alcance la cantidad \$7,400, saldrá de la Etapa de Brecha de Cubierta y pasará a la Etapa de Cubierta Catastrófica.

Medicare tiene reglas sobre qué cuenta y qué *no* cuenta como gastos de bolsillo (Sección 1.3)

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cubierta Catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos

Usted cualifica para la Etapa de Cubierta Catastrófica cuando sus costos de bolsillo lleguen al límite de \$7,400 por el año natural. Una vez llegue a la Etapa de Cubierta Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que termine el año natural.

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

- **Su parte** del costo por un medicamento cubierto será o un coaseguro o un copago, la cantidad que sea *mayor*.
 - – o —un coaseguro de 5% del costo del medicamento
 - – o -- \$4.15 por un medicamento genérico o por un medicamento considerado como

genérico y \$10.35 por cualquier otro medicamento.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las recibe

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Para más información, llame a Servicios al Afiliado.

Nuestra cubierta de vacunación de Parte D tiene dos partes:

- La primera parte de la cubierta se relaciona con el costo de la **vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cubierta es el costo de la **inyectarle la vacuna**. (Esto a veces se llama “administrar” la vacuna).

Tus costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres elementos:

- 1. El tipo de vacuna** (para qué se la administran).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Vea la *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)* en el Capítulo 4.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede ver cuáles son estas vacunas

en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.

2. Dónde se le administra la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser despachada por una farmacia o provista en la oficina del médico.

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico puede administrar la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede administrarla en la oficina del médico.

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

- A veces, cuando le administren la vacuna tendrá que pagar el costo completo tanto por la vacuna como por el proveedor que le administra esta. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- Otras veces, cuando reciba la vacuna solo pagará su parte del costo bajo su beneficio de la Parte D.

A continuación, hay tres situaciones en las que se le podría administrar una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted obtiene su vacuna en una farmacia de la red. (Esta opción dependerá de dónde usted viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

CAPÍTULO 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Usted tendrá que pagarle a la farmacia la cantidad de su copago por la vacuna en sí y el costo por administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Usted obtiene la vacuna de la Parte D en la oficina de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor que la administra.
- Usted, entonces, puede pedirnos que le reembolsemos su parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará por la cantidad que pagó por la vacuna menos su copago (incluyendo la administración), menos la diferencia entre lo que el doctor cobra y lo que normalmente pagamos. (Si usted recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna en sí de la Parte D en su farmacia y la lleva a la oficina de su médico en donde se le administrarán.

- Usted deberá pagarle a la farmacia el copago correspondiente por la vacuna en sí.

CAPÍTULO 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo completo por este servicio. Entonces, puede pedirnos que le reembolsemos por su parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará por la cantidad que cobró el médico que administró la vacuna menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si usted recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos el que paguemos
nuestra parte de una factura que
usted recibió por servicios o
medicamentos cubiertos*

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

A veces, cuando recibe cuidado médico o compra un medicamento recetado, podría tener que pagar el costo completo. En estas ocasiones, podría haber pagado más de lo que esperaba bajo las reglas de cubierta del plan. En cualquier caso, puede pedirle a nuestro plan que le pague de vuelta (a esto se le llama un reembolso). Usted tiene derecho a recibir un reembolso cuando haya pagado más de la parte que le corresponde por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber fechas límites que tenga que cumplir para que le devuelvan el dinero. Por favor, vea la Sección 2 de este capítulo.

También habrá ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo completo de los servicios médicos que haya obtenido o posiblemente por más de su costo compartido como se explica en este documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, debe enviarnos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, le notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

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

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

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

Usted puede recibir servicios de emergencia o urgentemente necesarios de cualquier proveedor, pertenezca o no a nuestra red. En estas situaciones,

- Solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar cuidado de emergencia. Si accidentalmente paga el monto total en el momento en que recibe el cuidado, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Podría recibir una factura de un proveedor solicitando un pago que usted entiende no le corresponde pagar. Envíenos la factura, junto con la evidencia de cualquier pago que haya hecho.
 - Si al proveedor se le debe algo, nosotros le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya ha pagado más de la parte que le corresponde por el costo del servicio, nosotros

determinaremos cuánto era lo que debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

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

- Usted solo tiene que pagar su parte del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores añadan cargos adicionales, llamados “facturación de saldos”. Esta protección (el que usted nunca paga más de su cantidad del costo compartido) aplica aun si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por el servicio e inclusive cuando hay una disputa y nosotros no pagamos algunos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuya cantidad entiende que sobrepasa lo que le corresponde pagar, envíenos la misma. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le pagó una factura a un proveedor de la red, pero piensa que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la evidencia de cualquier pago que haya hecho y pídanos que le reembolsemos la

diferencia entre la cantidad que usted pagó y la que debía bajo el plan.

3. Si se afilió a nuestro plan de manera retroactiva

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto quiere decir que el primer día de su afiliación ya pasó. La fecha de afiliación pudo haber ocurrido incluso el año anterior).

Si se afilió a nuestro plan de manera retroactiva y pagó de su bolsillo por cualquier servicio o medicamento cubierto después de su fecha de afiliación, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Tendrá que presentar evidencia, como recibos y facturas, para que procesemos el reembolso.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para obtener una receta

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando esto suceda, tendrá que pagar el costo completo de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida un reembolso por nuestra parte del costo.

Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Vea el Capítulo 5, Sección 2.5 para el detalle de estas circunstancias.

5. Cuando usted paga el costo completo de su receta porque no tiene a la mano su tarjeta de afiliado

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

Si no tiene su tarjeta de afiliado del plan a la mano, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de afiliación del plan. Sin embargo, si la farmacia no consigue la información que necesita en el momento, usted podría tener que pagar el costo completo de la receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida un reembolso por nuestra parte del costo.

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

Podría tener que pagar el costo completo de su receta si se entera que el medicamento, por alguna razón, no está cubierto.

- Por ejemplo, el medicamento podría no estar en la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que piensa que no debe aplicársele. Si decide comprar el medicamento de inmediato, podría tener que pagar su costo completo.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunas situaciones, podríamos tener que obtener más información de parte de su médico para poder reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos descritos son tipos de decisiones de cubierta. Esto quiere decir que, si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo

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

9 de este documento tiene información sobre cómo hacer una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió

Puede solicitarnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea sacar una copia de su factura y de los recibos para su archivo. **Debe enviarnos su reclamación dentro de un período de 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento.

Para asegurarse de que nos está facilitando toda la información necesaria para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamación para hacer su solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida (nombre del proveedor, teléfono, servicio y fecha del servicio, evidencia de pago, número de afiliado).
- Puede descargar una copia del formulario a través de nuestra página de Internet, www.mmmpr.com o llamar a Servicios al Afiliado para solicitarlo.

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

Envíe su solicitud de pago por **Servicios Médicos** junto con cualquier factura o recibos de pagos, por correo a la siguiente dirección.

MMM Healthcare, LLC
Departamento de Servicios al Afiliado
PO Box 71114
San Juan, PR 00936-8014

Envíe su solicitud de pago por **Servicios de Farmacia** junto con cualquier factura o recibos de pagos, por correo a la siguiente dirección:

MMM Healthcare, LLC
Departamento de Servicios de Farmacia
PO Box 71114
San Juan, PR 00936-8014

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y responderemos afirmativa o negativamente

Sección 3.1 Verificaremos si nos corresponde cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le avisaremos si necesitamos más información de parte suya. De lo contrario, evaluaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cubierta.

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

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento está cubierto y que usted siguió todas las reglas, le pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un reembolso por nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento no está cubierto, o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos por nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le notificamos que no pagaremos por la totalidad o por parte del cuidado médico o el medicamento, puede hacer una apelación

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

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos y sus sensibilidades culturales como afiliado del plan

<p>Sección 1.1 Tenemos que proveerle información que le sea útil a usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en un idioma que no sea español, en braille, en letra agrandada u otros formatos alternos)</p>
--

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con diversidad cultural y orígenes étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, proveer servicios de traducción, de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene personal y servicios gratuitos de intérprete disponibles para responder preguntas de afiliados que no hablen español. También le brindamos nuestra información en inglés, braille, en letra agrandada u otros formatos, libres de costo, de necesitarlos. Se nos requiere brindarle la información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y apropiado para usted. Para obtener la información en un formato que le sea útil a usted, por favor comuníquese con Servicios al Afiliado.

Nuestro plan está obligado a brindar a las mujeres afiliadas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de cuidado médico preventivo y de rutina de la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán el cuidado necesario. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, visitar a especialistas en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, por favor llame para hacer una querrela con Servicios al Afiliado. Usted también puede quejarse ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles, 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in Spanish, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

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

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

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

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso a tiempo a sus servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a escoger un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) de la red del plan para que provea y coordine sus servicios cubiertos. No requerimos que obtenga un referido para visitar a proveedores de la red.

Tiene derecho a conseguir citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan dentro de un tiempo razonable. Esto incluye el derecho a obtener servicios de

especialistas dentro de un tiempo prudente cuando usted necesite el cuidado. Además, tiene derecho a obtener sus recetas o repeticiones en cualquier farmacia de nuestra red sin esperas largas.

Si considera que no está recibiendo su cuidado médico o sus medicamentos de la Parte D dentro de un tiempo razonable, el Capítulo 9 le dice qué puede hacer.

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

Las federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y de su información personal de salud. Nosotros protegemos su información personal de salud como lo requieren estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye los datos personales que usted nos brindó al afiliarse al plan, así como también sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control del uso de su información de salud. Nosotros le enviamos una notificación escrita que se conoce como “Aviso de Prácticas de Privacidad”, la cual habla sobre estos derechos y explica cómo nosotros protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que sus expedientes no puedan ser vistos ni alterados por personas sin autorización.
- Excepto en algunas circunstancias que se detallan a continuación, si queremos ofrecer su información de salud a cualquiera que no sea un proveedor suyo o a alguien que esté pagando por su cuidado, primero *tenemos que obtener un permiso suyo por escrito o alguien a quien usted le ha asignado poder legal para tomar decisiones en representación suya.*
- Hay algunas excepciones que no requieren su permiso por escrito de antemano. Estas excepciones están permitidas o son requeridas por ley.
 - Se nos requiere conceder acceso a su información de salud a las agencias gubernamentales que estén supervisando la calidad del cuidado.
 - Como usted es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, tenemos que compartir su información de salud con Medicare, incluyendo información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare hace accesible su información para propósitos investigativos o para otros usos, se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no se comparta.

Usted ver la información en sus expedientes y saber cómo se ha compartido con otros

Usted tiene derecho a examinar sus expedientes médicos en poder del plan y de obtener copia de estos. Se nos permite cobrar una tarifa por preparar sus copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que realicemos correcciones o agreguemos información a su expediente. Si usted nos pide que hagamos esto, hablaremos con su proveedor de cuidado de salud para decidir si los cambios se deben hacer.

Usted tiene derecho a saber cómo su información de salud ha sido compartida con otros para propósitos no rutinarios.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, por favor, llame a Servicios al Afiliado.

Notificación de Prácticas de Privacidad de MMM Healthcare, LLC

**Esta Notificación es efectiva desde el 1 de Julio de
2018**

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU
INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE**

SER UTILIZADA O DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISELO CUIDADOSAMENTE.

MMM Healthcare, LLC. (MMM) está comprometida en proteger la privacidad de sus expedientes médicos y su información de salud personal. MMM está requerida por ley a mantener la privacidad de su información personal y proveerle a usted una notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad respecto a su información de salud personal. En caso de que ocurra una violación a la seguridad de su información protegida de salud, usted tiene derecho a ser notificado. Esta notificación describe cómo MMM usa y divulga su información de salud personal. También describe sus derechos y nuestros deberes respecto a su información de salud personal. MMM sigue los deberes y prácticas de privacidad notificados en este aviso y no usará ni compartirá su información personal de salud de otra manera que la descrita en esta notificación a menos que usted lo autorice por escrito. Usted puede encontrar copia de esta notificación en nuestra página web www.mmmpr.com.

¿Qué es “información de salud personal”?

- **Son los datos que usted nos dio cuando se afilió a MMM incluyendo sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.**

- Las leyes que protegen su privacidad le dan derechos relacionados a obtener información y controlar cómo su información de salud es usada. MMM le entrega una notificación escrita que se conoce como Notificación de Prácticas de Privacidad que contiene información sobre:
 - cómo MMM protege la privacidad de su información de salud
 - cómo MMM usa o divulga su información de salud
 - cómo usted puede ver la información en sus archivos

¿Cómo MMM Protege la Privacidad de su Información de Salud?

Su información de salud está en un registro médico que es propiedad de MMM.

- MMM se asegura que personas no autorizadas, no puedan ver o cambiar sus expedientes.
- MMM cuenta con un protocolo de seguridad en todas las áreas y equipos en los que podría encontrarse información de salud de los afiliados.
- Generalmente hablando, MMM necesita de usted o su representante legal una autorización por escrito antes de que MMM divulgue su información de salud a cualquiera que no esté proveyendo o pagando por su cuidado.
- La ley permite ciertas excepciones que no requieren que MMM obtenga primero su permiso por escrito.

- Por ejemplo, se requiere que MMM comparta su información de salud con agencias de gobierno que están supervisando la calidad de su cuidado.

MMM utiliza información de salud sobre usted con el propósito de proveerle tratamiento, para obtener el pago por el tratamiento provisto, para propósitos administrativos y para evaluar la calidad del cuidado recibido. Su información de salud está contenida en un registro médico que es propiedad física de MMM.

¿Cómo MMM Puede Usar o Divulgar su Información de Salud?

Su información de salud puede ser utilizada o divulgada para uno o más de los siguientes propósitos **sin requerir su autorización**:

Para proveerle tratamiento u otros servicios, asegurando que todos los proveedores de servicios de salud que atienden su tratamiento tienen acceso a la información específica y de primera mano que se encuentra en su expediente, de manera que su cuidado sea coordinado correctamente.

Para obtener el pago, tratamiento y servicios que usted haya recibido. Por ejemplo, una factura que se le envíe a usted o a quien pague por sus servicios, como una compañía de seguros o un plan médico. La información en

la factura puede tener información que le identifique a usted, su diagnóstico, tratamiento, medicamentos y otros datos.

Para Operaciones de Cuidado de Salud: Por ejemplo, su información de salud puede ser divulgada a miembros del personal médico, personal de manejo de riesgos o mejoramiento de la calidad y otros para:

- evaluar el desempeño de nuestro personal
- evaluar la calidad del cuidado y resultados en su caso y casos similares
- evaluar cómo mejorar nuestros servicios y facilidades
- determinar cómo mejorar continuamente la calidad y efectividad del cuidado que brindamos

Para proveerle recordatorio de citas o información sobre tratamientos alternativos, o cualquier otro beneficio o servicio relacionado con la salud que puede interesarle.

Requisitos por Ley: MMM puede usar o divulgar información de salud acerca de usted según lo requiera la ley. Por ejemplo:

- Para procedimientos judiciales y administrativos de conformidad con la autoridad legal
- Para reportar información relacionada con víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Para asistir oficiales de ley en sus deberes de hacer cumplir la ley

Salud Pública: MMM puede usar o divulgar su información de salud para actividades de salud pública, como ayudar a

las autoridades de salud pública u otras autoridades legales a prevenir o controlar una enfermedad, heridas, incapacidad o para otras actividades de supervisión de salud pública.

Además, MMM puede usar o divulgar su información de salud para propósitos de:

Funciones Gubernamentales Especializadas, como la protección de oficiales públicos o para reportar a varias ramas del servicio militar.

Para cumplir leyes y regulaciones relacionadas con Compensación a Empleados.

Salud y Seguridad: para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad suya o de cualquier otra persona conforme a las leyes aplicables.

A Familiares, Amigos u Otras Personas Involucradas en su Cuidado de Salud: MMM puede divulgar su información de salud a un miembro de su familia, o un amigo, o cualquier otra persona identificada por usted que esté involucrada con su cuidado, o que sea responsable con el pago de sus servicios médicos. Antes de la divulgación, MMM le brindará la oportunidad de objetar la divulgación. En caso de una emergencia, o si no puede aceptar u objetar a la divulgación, MMM utilizará su juicio profesional para determinar si la divulgación es en su mejor interés y divulgará solo la información de salud protegida que sea

directamente relevante a la participación de la persona en su cuidado o en el pago de cuidado.

Difuntos: MMM puede usar o divulgar información de salud a directores funerales o jueces para permitirles llevar a cabo sus deberes legales.

Donación de Órganos: MMM puede usar o divulgar información de salud para propósitos de donación de órganos de ser necesario para llevar a cabo la donación.

Investigación: MMM pudiera divulgar información de salud para propósitos de investigación.

Récords de Inmunización de Estudiantes: MMM puede divulgar prueba de inmunización a una escuela si la ley le requiere a la escuela tener dicha evidencia antes de la admisión y MMM documenta el acuerdo de divulgación de usted o el padre, tutor o persona actuando como custodio del menor.

Divulgaciones al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS): MMM debe divulgar su información protegida de salud al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para determinar si MMM cumple con los requisitos de HIPAA y fines de cumplimiento.

Otros Usos

Notas de Sicoterapia: MMM sólo puede compartir información sobre notas de sicoterapia con su autorización escrita, excepto si el uso es para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud; por el originador de las notas para su tratamiento; cuando la divulgación es como parte de un programa de práctica de estudiantes o practicantes bajo la debida supervisión para el adiestramiento de sus habilidades de consejería, y como parte de una defensa ante un pleito legal. También se puede divulgar cuando la ley lo requiera.

Información Genética: MMM no puede usar o divulgar información genética para propósitos de suscripción. No obstante, MMM podría utilizar información genética, por ejemplo, para determinar la necesidad médica cuando usted solicita un beneficio bajo el plan o cubierta.

Recaudación de Fondos: Únicamente con su permiso, MMM puede divulgar su información de salud para actividades de recaudación de fondos. Usted puede solicitarnos en cualquier momento que no le enviemos dichas notificaciones.

Mercadeo: MMM podrá contactarlo sin su autorización para: 1) proveerle información sobre productos o servicios relacionados a su tratamiento o para realizar nuestras funciones administrativas sobre el cuidado de la salud; 2) proveerles un regalo de valor nominal; 3) para comunicaciones cara a cara; 4) para informarle sobre programas gubernamentales que pudieran ser de su interés y 5) para enviarle recordatorios sobre medicamentos u otras

comunicaciones sobre el uso de un medicamento que usted esté tomando. Si MMM recibiera remuneración financiera por realizar una comunicación de mercadeo, MMM necesita su autorización antes de enviar dicha comunicación.

Venta de Información Protegida de Salud: MMM no puede vender su información protegida de salud a menos que MMM reciba una autorización escrita de usted. Propósitos de investigación es un ejemplo de venta de información protegida de salud.

Otros usos y divulgaciones podrán realizarse solamente con su autorización escrita; y usted podrá revocar dicha autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida que MMM haya tomado acción en dichos usos y divulgaciones.

Usted tiene el derecho a:

- Inspeccionar sus registros médicos mantenidos en el plan.
- Saber cómo MMM ha compartido su información con otros.
- Obtener una copia de sus expedientes, usualmente dentro de un término de treinta (30) días de su solicitud. MMM está autorizado a solicitarle un pago por hacer estas copias.
- Pedir a MMM que haga correcciones o añadamos a sus registros médicos sometiendo una solicitud para

enmendar su PHI completando el formulario de solicitud, disponible en los Centros de Servicios al Afiliado de MMM. Si nos solicita esto, MMM considerará su solicitud y decidirá qué cambios se deben hacer.

- Conocer cómo su información de salud ha sido compartida con otros para cualquier propósito que no sea rutinarios. Por ejemplo, puede preguntar a quien se ha compartido su información de salud protegida durante un periodo de tiempo específico. Puede solicitar un informe de divulgaciones de su información de salud completando un formulario de solicitud, disponible en los Centros de Servicios al Afiliado de MMM.
- Solicitar una restricción de su información de salud, aunque MMM no está requerido a aceptar dicha solicitud. Si MMM acepta la restricción, cumplirá con la misma, excepto para proporcionarle un tratamiento de emergencia cuando se necesite la PHI restringida para brindar dicho tratamiento. Puede solicitar una solicitud de restricción de su PHI completando un formulario de solicitud, disponible en los Centros de Servicio al Afiliado de MMM.
- Recibir comunicaciones confidenciales sobre información de salud bajo una forma en específico o en una ubicación específica. Por ejemplo, usted puede solicitarle a MMM que le envíe información de salud a una cuenta de correo electrónico en particular o a su dirección de trabajo. MMM cumplirá con la solicitud razonable presentada por escrito con las

especificaciones de cómo recibir estas comunicaciones. Puede solicitar comunicaciones confidenciales completando un formulario de solicitud, disponible en los Centros de Servicio al Afiliado de MMM.

- Recibir una copia en papel de la Notificación de Prácticas de Privacidad si así lo solicita, aunque anteriormente haya accedido a recibirla por correo electrónico.

Se requiere que MMM cumpla con los términos de esta notificación. Si MMM implementa un cambio a las prácticas de privacidad descritas en esta notificación antes de emitir una notificación revisada, MMM se reserva el derecho de cambiar los términos de esta notificación y hacer las nuevas disposiciones efectivas para toda la información protegida de salud que MMM mantiene. MMM publicará cualquier cambio realizado a esta notificación en la página web de la compañía y proveerá copia de la notificación o información acerca del cambio material y como obtener la notificación revisada en el próximo envío de correo masivo anual.

Quejas

Usted tiene derecho a presentar quejas con MMM y con el Departamento de Servicios de Salud, Oficina para los Derechos Civiles, llamando al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o su oficina local para los Derechos Civiles. MMM no penalizará ni tomará represalias contra usted por

presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Si usted cree que sus derechos han sido violados, llamar a Servicios al Afiliado es el primer paso. Si no desea llamar (o si llamó y no se sintió satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla al:

**Departamento de Cumplimiento
Oficial de Privacidad
Tel: 787-622-3000
PO BOX 71114
San Juan PR 00936-8014**

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud protegida o desea presentar una queja, por favor llámenos al 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (Libre de Cargos), 711 (TTY audio impedidos), lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

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

Como afiliado de MMM Balance, usted tiene derecho a recibir varias clases de información de nosotros.

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de la compañía.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a solicitarnos información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias en nuestra red y cómo les pagamos.
- **Información sobre su cubierta y las reglas que tiene que seguir cuando utilice su cubierta.** Los Capítulos 3 y 4 ofrecen información relacionada a los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 tratan sobre la cubierta de medicamentos recetados de la Part D.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 brinda información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cubierta está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado

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

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud. Sus proveedores tienen que explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento *en una manera que usted pueda entender*.

Usted tiene derecho a participar de lleno en decisiones sobre su cuidado de salud. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre el tratamiento que le convenga más, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que se le expliquen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, sin importar su costo o si el plan las cubre o no. También incluye el que se le oriente sobre programas que ofrezca el plan para ayudar a los afiliados a manejar y utilizar sus medicamentos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre cualquier riesgo relacionado con su cuidado. Se le debe notificar por adelantado si algún cuidado médico o tratamiento propuesto es parte de un experimento investigativo. Usted tiene la opción de negarse a cualquier tratamiento experimental.

- **El derecho a decir “no”**. Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otra instalación médica, aun cuando su médico le aconseje lo contrario. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Claro está, si usted rehúsa un tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, asume total responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar sus propias decisiones médicas

A veces, a causa de accidentes o enfermedades graves, las personas pierden la capacidad de tomar decisiones propias sobre su cuidado. Usted tiene el derecho a expresar lo que quiere que suceda si llegara a encontrarse en esta situación. Esto significa que, *si usted lo desea*, puede:

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

En estos casos, los documentos legales que puede utilizar para comunicar sus instrucciones de antemano se llaman “**directrices anticipadas**”. Hay diferentes tipos de directrices anticipadas y diferentes nombres para dichos documentos. Los documentos conocidos como “**testamento en vida**” y “**poder notarial para el cuidado de la salud**” son ejemplos de directrices anticipadas.

Si desea usar una “directriz anticipada” para dar instrucciones, vea a continuación lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario a través de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. A veces, puede obtener formularios de directrices anticipadas a través de organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede pedirnos este formulario llamando a Servicios al Afiliado.
- **Llénelo y fírmelo.** No importa dónde usted obtenga el formulario, recuerde que es un documento legal. Debe considerar la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregar copias del formulario a su médico y a quien usted haya nombrado como la persona autorizada para tomar decisiones por usted si usted no puede. Tal vez quiera darles copias a sus amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en su hogar.

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

- En el hospital le preguntarán si ha firmado una directriz anticipada y si la tiene consigo.
- Si no ha firmado una directriz anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es usted quien decide si quiere llenar una directriz anticipada (incluso en caso de que quiera firmar una si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede denegarle cuidado de salud o discriminar en su contra por haber firmado o no una directriz anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus directrices?

Si usted ha firmado una directriz anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones en la misma, puede radicar una querrela ante el Departamento de Salud.

<p>Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado</p>
--

De tener cualquier problema, inquietud o queja y necesita solicitar cubierta o hacer una apelación, el Capítulo 9 de este folleto le indica qué puede hacer.

Independientemente de lo que haga – pedir una decisión

de cubierta, presentar una apelación o presentar una queja – **estamos obligados a tratarlo justamente.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de discrimen, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si siente que le han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos por razón de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o al 1-800-537-7697 para usuarios de TTY, o llame a su oficina local de Derechos Civiles.

¿Se trata de algo diferente?

Si cree que le han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, y no se trata de discrimen, puede obtener ayuda para atender su problema:

- **Puede llamar a Servicios al Afiliado.**
- **Puede llamar al SHIP.** Para detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- **O, puede llamar a Medicare** al 1 800 MEDICARE (1 800 633 4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana (TTY 1-877 486 2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios al afiliado**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para más detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar la página de Internet de Medicare (www.medicare.gov) para leer o descargar la publicación “Derechos y Protecciones bajo Medicare”. (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene varias responsabilidades como afiliado del plan

Lo que tiene que hacer como afiliado del plan está detallado a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Afiliado.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener dichos servicios.** Utilice esta Evidencia de Cubierta para

enterarse de qué incluye su cubierta y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.

- Los Capítulos 3 y 4 le dan más detalles sobre sus servicios médicos.
- Los Capítulos 5 y 6 le dan detalles sobre su cubierta de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cubierta de seguro de salud o cubierta de medicamentos recetados además de la de nuestro plan, se requiere que nos lo informe.** El Capítulo 1 habla sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de cuidado de salud que está afiliado a nuestro plan.** Muestre la tarjeta de afiliado del plan cada vez que obtenga cuidado de salud o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a que sus médicos y otros proveedores de la salud le ayuden a usted al facilitarles información, hacerles preguntas y darle seguimiento a su cuidado de salud.**
 - Para ayudarle a obtener el mejor cuidado, hable con sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que sus médicos y usted hayan acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos tienen conocimiento de todos los medicamentos que

está tomando, incluyendo los que son sin receta, vitaminas y suplementos. de que sus médicos tienen conocimiento de todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los que son sin receta, vitaminas y suplementos.

- Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas y entenderlas.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted se comporte de una manera que facilite el buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que deba.** Como afiliado del plan, usted es responsable por los siguientes pagos:
 - Debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo afiliado del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted tiene que pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o medicamento.
 - Si se le requiere pagar una penalidad por afiliación tardía, tiene que pagar la misma para mantener su cubierta de medicamentos recetados.
 - Si se le requiere pagar una cantidad extra por la Parte D debido a su ingreso anual, tiene que continuar pagando la cantidad adicional

directamente al gobierno para poder permanecer como afiliado del plan.

- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, debemos saberlo** para poder mantener su expediente de afiliación al día y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir como afiliado.**
- Si se muda, también es importante que le notifique a la Administración del Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9:

*Qué debe hacer si tiene un problema
o una queja (decisiones de cubierta,
apelaciones, quejas)*

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o preocupación

Este capítulo explica dos tipos de procesos para manejar problemas y preocupaciones:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cubierta y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**, también conocidas como querellas.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y fechas límites que tanto nosotros como usted tenemos que seguir.

La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe seguir y qué debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Hay términos legales para algunos procedimientos, reglas y tipos de fechas límites que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son comunes para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para simplificar, este capítulo:

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

- Usa palabras sencillas en lugar de algunos términos legales. Por ejemplo, este Capítulo generalmente dice “dar una queja” en vez de “radicar una querrela”; “decisión de cubierta” en vez de “determinación de cubierta” o “determinación en riesgo”, y “organización de revisión independiente” en vez de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También usa abreviaturas lo menos posible.

No obstante, podría ser útil—y a veces muy importante—conocer los términos legales correctos. Saber cuáles términos usar le ayudará a comunicarse con más exactitud para conseguir la ayuda o información apropiada para su situación. Para ayudarle a saber cuáles términos podría usar, incluimos los términos legales al explicar detalles sobre cómo manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Aun si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicios al Afiliado para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, usted también podría querer ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nuestro plan. A continuación, hay dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés)

Cada estado tiene un programa gubernamental que cuenta con consejeros adiestrados. El programa no está vinculado con nuestro plan ni con otras compañías de seguros o planes de salud. Los consejeros de este programa le pueden ayudar a entender cuál proceso debe utilizar para manejar el problema que tenga. También le pueden contestar sus preguntas, dar más información y orientar sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y el enlace de la página electrónica en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

Para obtener ayuda, también puede comunicarse con Medicare. Para comunicarse con Medicare:

- 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.
- También puede visitar la página de Internet de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Cuál proceso debe usar para atender su problema?

Si tiene un problema o inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que tengan que ver con su situación. La guía a continuación le ayudará.

¿Su problema tiene que ver con sus beneficios o cubierta?

Esto incluye problemas sobre qué cuidado médico o medicamentos recetados están cubiertos o no, la manera en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago por cuidado médico o medicamentos recetados.

Sí.

Vaya a la próxima sección de este capítulo, **Sección 4, “Guía básica sobre decisiones de cubierta y apelaciones”**.

No.

Pase a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presentar quejas sobre calidad del cuidado, tiempos de espera, servicio al cliente u otras preocupaciones”**.

DECISIONES DE CUBIERTA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía básica sobre decisiones de cubierta y apelaciones

Sección 4.1 Solicitando decisiones de cubierta y haciendo apelaciones: el panorama completo

Las decisiones de cubierta y apelaciones tienen que ver con problemas relacionados con sus beneficios y cubierta, incluyendo pagos. Este es el proceso que utiliza para manejar situaciones como, por ejemplo, si algo está cubierto o no, y el modo en que está cubierto.

Solicitando decisiones de cubierta antes de recibir servicios

Una decisión de cubierta es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cubierta o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan hace una decisión de cubierta (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica de él o ella o si un médico de la red lo refiere a un médico especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cubierta si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega

a brindarle la atención médica que cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos una decisión inicial de cubierta para usted.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cubierta, lo que significa que no la revisaremos. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cubierta, enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Estamos tomando una decisión de cubierta por usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o si Medicare ya no lo cubre. Si no está de acuerdo con esta decisión de cubierta, puede presentar una apelación.

Haciendo una apelación

Si tomamos una decisión de cubierta, ya sea antes o después de recibir el servicio, y usted no está satisfecho puede “apelarla”. Una apelación es una manera formal de pedirnos que reevaluemos y cambiemos una decisión de cubierta que hayamos tomado. En algunas circunstancias, que se comentarán más adelante, usted

puede solicitar una apelación acelerada o "decisión rápida de cubierta". Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto se llama una Apelación en Nivel 1. En esta apelación, nosotros revisamos la decisión de cubierta que tomamos para verificar que hayamos seguido las reglas correctamente. Cuando completamos la evaluación, le comunicaremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si decimos que no a toda o parte de su Apelación en Nivel 1, puede pasar a una apelación en Nivel 2. La Apelación en Nivel 2 se lleva a cabo por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. (Las apelaciones por servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2, no es necesario que haga nada. Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si decimos no a toda o parte de su apelación, necesita

solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión de apelación en el Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de niveles adicionales de apelación. (La Sección 9 de este capítulo explica los niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones).

Sección 4.2 Cómo conseguir ayuda si está solicitando una decisión de cubierta o haciendo una apelación

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

- **Puede llamarnos a Servicios al Afiliado.**
- Puede **obtener asistencia gratis** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.
- **Su médico puede hacer la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios al Afiliado y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en <https://www.mmmpr.com/afiliados/nombramiento-de-representante>).

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

- Para cuidado médico o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cubierta o una apelación en Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, será enviada automáticamente al Nivel 2.
- Para medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro médico que recete puede solicitar una decisión de cubierta o una apelación en Nivel 1 en su nombre. Si su Nivel 1 de apelación es denegado, su médico u otro médico que recete puede solicitar la apelación en Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que le represente.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cubierta o hacer una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente, u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Afiliado y solicite el formulario “Nombramiento de Representante”. (El formulario también está disponible en la página de Internet de Medicare, en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestra propia página, en www.mmmpr.com). El formulario le da a esa persona permiso para actuar en su nombre. El mismo debe estar firmado por usted y por la persona que usted quiere que lo represente. Debe entregarle al plan una copia del formulario firmado.

- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores al recibo de su solicitud de apelación (nuestro tiempo límite para tomar una decisión sobre su apelación), se desestimarán su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado, o conseguir el nombre de uno a través del colegio de abogados en su área u otro servicio de referencia. También existen grupos que le proveerán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar un abogado** para pedir ningún tipo de decisión de cubierta o para apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Cuál sección de este capítulo le brinda detalles sobre su situación?
--

Hay cuatro diferentes situaciones que tienen que ver con decisiones de cubierta y apelaciones. Ya que cada situación tiene reglas y fechas límites distintas, le

daremos los detalles para cada una en secciones separadas:

- **Sección 5** de este capítulo - “Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cubierta o hacer una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo - “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cubierta o hacer una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo - “Cómo solicitar que le cubramos una hospitalización más larga si considera que el médico le está dando de alta muy pronto”
- **Sección 8** de este capítulo - “Cómo solicitar que continuemos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cubierta está terminando muy pronto” (*Aplica solo a estos servicios: Cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada, cuidado de hospicio y servicios en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (CORF, por sus siglas en inglés).*)

Si aún no está seguro sobre cual sección debe usar, por favor, llame a Servicios al Afiliado. También puede obtener asistencia o información de organizaciones gubernamentales como su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.

SECCIÓN 5 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cubierta o hacer una apelación de su decisión de cubierta

<h3>Sección 5.1 Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cubierta para su cuidado médico o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su cuidado</h3>

Esta sección trata sobre sus beneficios para cuidado y servicios médicos. Estos son los beneficios que se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. Para simplificar, por lo general nos referimos a “cubierta de cuidado médico” o “cuidado médico” el cual incluye artículos y servicios médicos, al igual que medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, aplican reglas diferentes para una solicitud para un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, le explicaremos cómo las reglas para medicamentos recetados de la Parte B son distintas a las reglas que aplican para artículos y servicios médicos.

Esta sección le dice qué hacer si se encuentra en una de las cinco situaciones a continuación:

1. Usted no está obteniendo un cuidado médico específico que desea, y piensa que este cuidado está

cubierto por nuestro plan. **Solicite una decisión de cubierta. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no aprueba el cuidado médico que su médico u otro proveedor quiere brindarle, y usted piensa que este cuidado está cubierto por el plan.

Solicite una decisión de cubierta. Sección 5.2.

3. Usted ha recibido cuidado médico que usted cree debe estar cubierto por el plan, pero le hemos comunicado que no pagaremos por este cuidado.

Hacer una apelación. Sección 5.3.

4. Usted ha recibido y pagado por cuidado médico que usted cree que debe estar cubierto por el plan, y quiere pedirle al plan que le reembolse por este cuidado. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le ha comunicado que la cubierta para el cuidado médico específico que ha estado recibiendo, y que anteriormente habíamos aprobado, se va a reducir o suspender, y usted piensa que reducir o suspender este cuidado podría afectar su salud. **Hacer una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cubierta que se va a suspender es para cuidado en un hospital, cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada, cuidado de hospicio o servicios en un Centro Ambulatorio

de Rehabilitación Integral (CORF, por sus siglas en inglés), tiene que leer las Secciones 7 y 8 en este capítulo. Reglas especiales aplican a estos tipos de cuidado.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cubierta

Términos legales

Cuando una decisión de cubierta tiene que ver con su cuidado médico, se llama **“determinación de la organización”**.

A una “decisión rápida de cubierta” se le llama una **“decisión acelerada (expedita)”**.

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

Una “decisión estándar de cubierta” normalmente se hace dentro de 14 días o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una “decisión rápida de cubierta” generalmente se hace dentro de 72 horas, para servicios médicos, o 24 horas para medicamentos de

la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cubierta, debe cumplir con dos requisitos:

- Solo puede solicitar cubierta para el cuidado médico que aún no ha recibido.
- Puede obtener una decisión rápida de cubierta solo si el uso de la fecha límite estándar podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión rápida de cubierta”, aceptaremos automáticamente darle una decisión rápida de cubierta.**
- Si solicita una decisión rápida de cubierta por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida de cubierta. Si no aprobamos una decisión rápida de cubierta, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos la fecha límite estándar
 - Explica que, si su médico solicita la decisión rápida de cubierta, automáticamente le daremos una decisión rápida de cubierta.
 - Explica que puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra elección de darle una decisión estándar de cubierta en lugar de la decisión rápida de cubierta que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cubierta o una decisión rápida de cubierta.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

- Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para solicitar que autoricemos o cubramos el cuidado médico que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El capítulo 2 tiene información de contacto.

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

Para las decisiones estándar de cubierta, utilizamos las fechas límites estándar.

Esto quiere decir que le estaremos dando una respuesta dentro de 14 días después de recibir su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta dentro de 72 horas luego de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si usted pide más tiempo, o si necesitamos información adicional que le podría beneficiar, **podríamos tomar 14 días adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si entiende que *no* debemos tomar días adicionales puede presentar una “queja rápida”. Responderemos a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El

proceso para presentar quejas es diferente al proceso para decisiones de cubierta y apelaciones. Vea la Sección 10 de este capítulo para información sobre las quejas).

Para las decisiones rápidas de cubierta usamos un marco de tiempo acelerado.

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

- **Sin embargo**, si usted pide más tiempo, o si necesitamos tiempo adicional que le podría beneficiar, **podríamos tomar 14 días adicionales**. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si entiende que no debemos tomar días adicionales puede presentar una “queja rápida”. (Vea la Sección 10 de este capítulo para información sobre las quejas). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una notificación escrita que explique por qué le dijimos que no.

Paso 4: Si decimos que no a su solicitud de cubierta médica de cuidado médico, puede apelar.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cubierta de cuidado médico que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 1**Términos legales**

Una apelación al plan sobre una decisión de cubierta de cuidado médico se llama una “**reconsideración**” por parte del plan.

Una “apelación rápida” también se denomina “**reconsideración acelerada**”.

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

Una “apelación estándar” generalmente se realiza dentro de los 30 días. Una “apelación rápida” generalmente se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cubierta de cuidado que aún no ha

recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, se le daremos.

- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo para obtener una “decisión rápida de cubierta”.

Paso 2: Solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Tiene que hacer su solicitud de apelación a más tardar 60 días naturales** después de la fecha que aparece en la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra decisión sobre su solicitud para una decisión de cubierta. Si se le pasa la fecha límite y tiene una buena razón para haberla perdido, explíquenos la razón al momento de hacer la apelación. Podríamos darle más tiempo para hacer su apelación. Ejemplos de buenas razones pueden incluir una enfermedad seria que le impidió comunicarse

con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para hacer una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted o su médico añaden más información para respaldar su apelación.** Se nos permite cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando evaluamos su apelación, analizamos cuidadosamente toda la información. Verificamos que hayamos seguido todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente comunicándonos con usted o su médico.

Fechas límites para una apelación “rápida”

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **a más tardar 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos una respuesta antes si su salud requiere que lo hagamos.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarle, podríamos **tomar hasta 14 días naturales adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si

tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas (o hacia el final del período extendido de tiempo si tomamos días adicionales), se nos requiere enviar su solicitud automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será evaluada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proveer la cubierta a la que accedimos a más tardar 72 horas luego de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, automáticamente le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límites para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de 30 días naturales** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, le daremos una respuesta dentro de **7 días naturales** luego de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su condición de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomar hasta 14 días naturales adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si necesitamos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para llegar a una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si entiende que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presente una queja rápida, contestaremos a la misma dentro de 24 horas. (Vea la Sección 10 de este capítulo para información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite, (o para el final del período extendido), enviaremos su solicitud al Nivel 2 de apelación, donde una organización de

revisión independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proveer la cubierta a más tardar 30 días calendario si su solicitud es para un servicio o artículo médico, o **dentro de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan dice no a parte o a todo lo que apeló**, enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se le conoce como “**IRE**”, **por sus siglas en inglés.**

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia

gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente evalúa su apelación.

- Nosotros le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su “expediente de caso”. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente de caso.** Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información a usted.
- Usted tiene derecho a proveerle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los analistas en la Organización de Revisión Independiente revisarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si su apelación fue “rápida” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “rápida” en el Nivel 2

- Para una “apelación rápida” la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **a más tardar 72 horas** después de recibir la misma.

- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y si la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarle a, **podría tomar hasta 14 días naturales adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si su apelación fue “estándar” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Para una “apelación estándar” si su petición es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión tiene que responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días calendario** después de recibir la misma. Si su petición es para un medicamento recetado bajo la Parte B de Medicare, la organización de revisión tiene que responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** después de recibir la misma.
- Sin embargo, si su petición es para un artículo o servicio médico y la organización independiente de revisión necesita recopilar más información que podría beneficiarle, **podría tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización independiente de revisión no puede tomarse tiempo adicional para llegar a una decisión si su

petición es para un medicamento recetado bajo la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le responde.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones para esta.

- **Si la organización de revisión contesta que sí a parte o a todo en su petición para un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cubierta de cuidado médico dentro de 72 horas o proveer el servicio a más tardar 14 días calendario luego de recibir la decisión de la organización para las solicitudes estándar. Para solicitudes rápidas, tenemos 72 horas siguientes a la fecha en que nosotros recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión contesta que sí a parte o a todo en su petición para un medicamento recetado bajo la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proveer el medicamento recetado bajo la Parte B que está bajo disputa dentro de **72 horas** luego de recibir la decisión de la organización para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes rápidas** tenemos las **24 horas** siguientes a la fecha en que nosotros recibamos la decisión de la organización de revisión.

- **Si la respuesta de esta organización es no a parte o a toda su apelación**, quiere decir que coinciden con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cubierta para cuidado médico no debe ser aprobada. (Esto se llama “sostener la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión.
 - Notificando sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cubierta de cuidado médico alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe pagar para continuar con el proceso de apelación.
 - Informándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- El Nivel 3 de apelación es manejado por un juez de derecho administrativo o un mediador. La Sección

9 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5 ¿Qué pasa si nos pide que le reembolsemos nuestra parte de una factura por cuidado médico que recibió?

El Capítulo 7 describe cuando usted podría tener que pedir un reembolso o el pago de una factura que haya recibido de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cubierta

Si nos envía los documentos solicitando un reembolso, nos está pidiendo una decisión de cubierta. Para tomar esta decisión, debemos verificar que el cuidado médico por el que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos que usted haya seguido todas las reglas de uso de cubierta para obtener cuidado médico.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si el cuidado médico que ya pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por nuestra parte del costo dentro de 60 días naturales luego de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si no aceptamos su solicitud:** Si el cuidado médico *no* está cubierto, o si usted *no* siguió

todas las reglas, no enviaremos un pago. En vez, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos por los servicios y las razones para ello.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar su solicitud, **usted puede apelar**. Si hace una apelación, significa que nos está pidiendo cambiar la decisión de cubierta que tomamos cuando denegamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta:

- Tenemos que darle una respuesta dentro de 60 días naturales luego de recibir su apelación. Si está solicitándonos que le reembolsemos por cuidado médico que ya recibió y pagó, no se le permitirá solicitar una apelación rápida.
- Si la organización independiente decide que debemos pagar, tenemos que enviárselo a usted o al proveedor dentro de 30 días naturales. Si nuestra respuesta a su apelación es sí, en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, tenemos que enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor dentro de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación

<h3>Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D</h3>

Sus beneficios incluyen cubierta para muchos medicamentos recetados. Para que se cubran, los medicamentos tienen que usarse para indicaciones médicamente aceptadas. (Vea el Capítulo 5 para más información sobre indicaciones médicamente aceptadas). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, vea los Capítulos 5 y 6. **Esta sección es solo sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente diremos “medicamento” en el resto de esta sección, en vez de repetir “medicamento recetado ambulatorio cubierto” o “medicamento de la Parte D”. También usamos el término "lista de medicamentos" en lugar de "Lista de medicamentos cubiertos" o "Formulario".

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.

- Si su farmacia le dice que su receta no se puede despachar como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cubierta.

Decisiones y apelaciones de cubierta de la Parte D

Términos legales

Una decisión inicial de cubierta sobre sus medicamentos de la Parte D se conoce como una “**determinación de cubierta**”.

Una decisión de cubierta es una decisión que hacemos sobre sus beneficios y cubierta o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le dice lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitar una excepción en la restricción de cubierta de un medicamento del plan (como los límites en la cantidad de medicamentos que se pueden comprar). **Solicite una excepción. Sección 6.2.**

- Solicitar pagar una cantidad más baja del costo compartido para un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cubierta. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento recetado que ya compró. **Solicítenos que te devolvamos el dinero. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cubierta que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cubierta y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

El pedir que se cubra un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos se conoce como pedir una **“excepción al formulario”**.

El pedir que se elimine una restricción en la cubierta para un medicamento es, a veces, llamado pedir una **“excepción al formulario”**.

Solicitar un precio menor para un medicamento cubierto no preferido, a veces se llama pedir una **“excepción de niveles”**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera en que a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cubierta.

Para considerar su solicitud de excepción, su médico u otra persona que le recete, tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. He aquí tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que le recete puede pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.** Si accedemos a cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, usted tendrá que pagar la cantidad de costo compartido que aplique a medicamentos en el Nivel 4 (Medicamentos de Marca No Preferida). No puede solicitar una excepción en la cantidad de costo compartido que requerimos que usted pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Si

accedemos a hacer una excepción y no aplicamos una restricción, puede solicitar una excepción sobre la cantidad de copago o coaseguro que requerimos que pague por el medicamento.

3. Cambiar la cubierta de un medicamento a un nivel más bajo de costo compartido. Cada medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos* está en uno de 6 niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más bajo el nivel de costo compartido, menos será lo que tendrá que pagar por su parte del costo del medicamento.

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamento(s) alternativo(s) para tratar su condición médica que están en un nivel de costo compartido más bajo, puede pedirnos que cubramos su medicamento al costo compartido que aplica al / a los medicamento(s) alternativo(s). Esto reducirá su costo compartido para el medicamento.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un costo compartido más bajo. Esta sería la cantidad que se aplica al costo de nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al costo compartido que aplica al nivel más bajo que contiene alternativas

- para medicamentos de marca para tratar su condición.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al costo compartido que aplica al nivel más bajo que contiene alternativas para medicamentos de marca o genéricos para tratar su condición.
 - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento en el Nivel 5 (Medicamentos Especializados).
 - Si aprobamos su solicitud para una excepción de niveles y hay más de un nivel de costo compartido con medicamentos alternos que usted no puede tomar, usualmente pagará la cantidad menor.

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber sobre solicitar excepciones

Su médico nos tiene que explicar las razones médicas

Su médico u otra persona que le recete nos tiene que dar una declaración por escrito que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su doctor u otra persona que le recete al solicitarnos una excepción.

Normalmente, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas diferentes alternativas son conocidas

como medicamentos “alternos”. Si un medicamento alternativo es igual de efectivo que el medicamento que nos está solicitando y no causa efectos secundarios adicionales u otros problemas de salud, nosotros, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternos en los niveles más bajos de costo compartido no funcionen tan bien para usted o si es probable que le cause una reacción alterna o algún otro daño.

Podemos decir sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, nuestra aprobación es, por lo general, válida hasta terminar el año del plan. Será así siempre y cuando su médico siga recetándole el medicamento y que el mismo siga siendo seguro y efectivo para tratar su condición.
- Si nuestra respuesta a su solicitud es no, puede pedirnos otra revisión mediante una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cubierta, incluyendo una excepción

Términos legales

Una “decisión rápida de cubierta” es también conocida como una “**determinación acelerada (expedita) de cubierta**”.

Paso 1: Decida si necesita una “decisión estándar de cubierta” o una “decisión rápida de cubierta”.

Las “**decisiones estándar de cubierta**” se toman dentro de las **72 horas** después de recibir la notificación de su médico. Las “**decisiones rápidas de cubierta**” se toman dentro de las **24 horas** después de recibir la notificación de su médico.

Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedir que tomemos una “decisión rápida de cubierta”. Para obtener una decisión rápida de cubierta, debe cumplir con dos requerimientos:

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar que se le reembolse una decisión rápida de cubierta por un medicamento que ya compró).
- El uso de fechas límites estándar podría causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otra persona que receta nos dice que su salud requiere una “decisión rápida de cubierta”, automáticamente le daremos una decisión rápida de cubierta.**
- **Si solicita una decisión rápida de cubierta por su cuenta, sin el apoyo de su médico o persona que le receta, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida de cubierta. Si no aprobamos una**

decisión rápida de cubierta, le enviaremos una carta que:

- Explica que usaremos las fechas límites estándar.
- Explica que si su médico u otra persona que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Le dice que puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cubierta en lugar de la decisión rápida de cubierta que solicitó. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas de recibo. Si su médico u otra persona que le recete nos indica que su salud requiere de una “decisión rápida de cubierta”, se la daremos automáticamente.

Paso 2: Solicite una "decisión estándar de cubierta" o una "decisión rápida de cubierta".

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos cubierta para el cuidado médico que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cubierta a través de nuestra página electrónica. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario modelo de Solicitud de Determinación de

Cubierta de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), que está disponible en nuestra página electrónica. El Capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona que recete) o su representante pueden hacerlo. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la “notificación de apoyo”**, que es la razón médica de la excepción. Su médico u otra persona que receta puede enviarnos la notificación por fax o correo. O su médico u otra persona que receta puede informarnos por teléfono y hacer un seguimiento por fax o correo postal si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta

Fechas límites para una decisión de cubierta “rápida”

- Generalmente, tenemos que responder a su solicitud **en 24 horas** después de recibir su solicitud.

- Para excepciones, le daremos nuestra respuesta a más tardar 24 horas luego de recibir la notificación del médico en respaldo a su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, se nos requiere enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización Independiente de Revisión.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó**, tenemos que proveer la cubierta aprobada a más tardar 24 horas después de haber recibido su solicitud o la notificación médica que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una notificación por escrito que explica las razones por las cuales dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límites estándar para una decisión de cubierta con respecto a un medicamento que aún no haya recibido

- Generalmente, tenemos que darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de 72 horas luego de recibir la notificación de su médico en respaldo a su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, se nos requiere enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización Independiente de Revisión.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó**, tenemos que **proveer la cubierta acordada dentro de 72 horas** luego de recibir su solicitud o la notificación del médico en respaldo a su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una notificación por escrito que explica las razones por las cuales dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límites para “decisiones estándar de cubierta sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Tenemos que darle nuestra respuesta dentro de 14 días naturales luego de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, se nos requiere enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso

de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente de revisión.

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó**, también se nos requiere enviarle el pago dentro de 14 días naturales luego de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica las razones por las cuales dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si nuestra respuesta es no a su solicitud de cubierta, usted puede hacer una apelación.

- Si nuestra respuesta es no, usted tiene derecho de solicitar que reconsideremos esta decisión haciendo una apelación. Esto significa volver a solicitar la cubierta de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cubierta para un medicamento de la Parte D se llama una **“redeterminación”** del plan.

A una “apelación rápida” también se le llama una **“redeterminación acelerada (expedita)”**.

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

Una “apelación estándar” generalmente se realiza dentro de los 7 días. Una “apelación rápida” generalmente se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que recete deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una

“decisión rápida de cubierta” en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, doctor y otra persona que recete tiene que comunicarse con nosotros para hacer una apelación Nivel 1. Si su salud requiere de una respuesta rápida, pida una “apelación rápida”.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 787-620-2397 (Área Metro) o 1-866-333-5470 (libre de cargos).** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Tenemos que aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluyendo una solicitud hecha en el formulario modelo de Solicitud de Determinación de Cubierta de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) el cual se encuentra disponible en nuestra página de Internet. Por favor, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto, e información relacionada a su reclamación para poder procesar su solicitud.
- **Tiene que hacer su solicitud de apelación a más tardar 60 días** luego de la fecha que

aparece en la notificación por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra decisión sobre su solicitud para una decisión de cubierta. Si no cumple con la fecha límite y tiene una buena razón por no haberlo hecho, explique la razón de la tardanza cuando haga la apelación. Podríamos darle más tiempo para hacer su apelación. Ejemplos de buenas razones incluyen si tuvo una enfermedad seria que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información en su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden añadir información para apoyar su apelación. Se nos permite cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras evaluamos su apelación, volvemos a analizar con cuidado toda la información sobre su solicitud de cubierta. Verificamos que hayamos seguido todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud. Podríamos comunicarnos con usted o con su médico para obtener más información.

Fechas límites para una apelación “rápida”

- Para apelaciones rápidas, tenemos que darle una respuesta **a más tardar 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su salud así nos lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, se nos requiere enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde se evaluará por una organización independiente de revisión. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó**, tenemos que proveer la cubierta que acordamos a más tardar 72 horas luego de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una notificación escrita explicándole por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límites para una apelación estándar para medicamentos que no ha recibido

- Para apelaciones estándar, tenemos que darle una respuesta **dentro de 7 días naturales** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su condición de salud requiere que así lo hagamos.

- Si no le damos una decisión dentro de 7 días naturales, se nos requiere enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación donde se evaluará por una Organización Independiente de Revisión. Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó**, tenemos que **proveer la cubierta** tan rápido como su salud lo necesite, pero **no más tarde de 7 días naturales** luego de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una notificación escrita que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límites para una “apelación estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** luego de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó**, también se nos requiere hacerle el pago dentro de 30 días naturales luego de recibir su solicitud.

- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una notificación escrita que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si respondemos que no a su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso y hacer *otra* apelación.

- Si decide hacer otra apelación, esto significa que pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal de la “organización independiente de revisión” es “**Entidad Independiente de Revisión**”. A veces, se le conoce como la “**IRE**”, por sus siglas en inglés.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión

que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico o la persona que le recete) tiene que comunicarse con la Organización Independiente de Revisión y pedir una reconsideración de su caso.

- Si denegamos su Apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo hacer una apelación de Nivel 2** ante la Organización Independiente de Revisión. Estas instrucciones le indican quién puede hacer una apelación de Nivel 2, qué fechas límites debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Si, sin embargo, no completamos nuestra revisión dentro del marco de tiempo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de "en riesgo" bajo nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su "expediente de caso". Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso. Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información a usted.

- Usted tiene derecho a proveerle a la Organización Independiente de Revisión información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización independiente de revisión evalúa su apelación.

Los analistas de la organización independiente de revisión evaluarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límites para “apelaciones rápidas”

- Si su salud así lo requiere, pídale una “apelación rápida” a la Organización Independiente de Revisión.
- Si la organización está de acuerdo en darle una “apelación rápida”, la misma tiene que responder a su solicitud de apelación de Nivel 2 **a más tardar 72 horas** luego de recibir su solicitud.

Fechas límites para apelaciones estándar

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión tiene que responder a su apelación de Nivel 2 dentro de 7 días naturales luego de recibir su apelación si esta es para un medicamento que aún no ha recibido. Si está solicitando un reembolso por un medicamento que ya compró, la organización de revisión tiene que proveerle una respuesta a su apelación Nivel

2 dentro de 14 días naturales luego de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para "apelaciones rápidas":

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos proporcionar la cubierta de medicamentos aprobada por la organización de revisión dentro de las 24 horas luego de recibir la decisión de la organización de revisión.

Para "apelaciones estándar":

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su **solicitud de cubierta**, debemos **proporcionar la cubierta de medicamentos** aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** luego de recibir la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días naturales** luego de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué pasa si la organización deniega su apelación?

Si esta organización deniega su apelación **o parte de ella**, esto quiere decir que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama “sostener la decisión”. También se llama “denegar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificando sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cubierta de medicamentos que está solicitando alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cubierta de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Informando el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- El Nivel 3 de apelación es manejado por un juez de derecho administrativo, o por un mediador. La

Sección 9 de este capítulo habla más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos el cubrir una hospitalización más larga si considera que el médico le está dando de alta muy pronto

Cuando se le admite en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios de cuidado hospitalario cubiertos por el plan que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararse para el día en que salga del hospital. Ellos ayudarán a hacer arreglos para el cuidado que pueda necesitar luego de que salga.

- El día en que usted sale del hospital se llama su **“fecha de alta”**.
- Cuando su fecha de alta esté decidida, su médico o el personal del hospital le notificarán.
- Si considera que le están pidiendo, o si entiende que es muy pronto para salir del hospital, puede solicitar una hospitalización más larga y su solicitud será considerada.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, usted recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos

Dentro de dos días admitido en el hospital, se le dará una notificación por escrito llamada *Un Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos*. Toda persona con Medicare recibe una copia de esta notificación. Si no la recibe de parte de alguien en el hospital (por ejemplo, un manejador de casos o enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, por favor llame a Servicios al Afiliado o a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea esta notificación cuidadosamente y haga preguntas si hay algo que no entiende. La misma trata sobre:

- Su derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare, durante y después de su hospitalización, según ordenados por su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde se los pueden proveer.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad del cuidado hospitalario.

- Su derecho a solicitar una revisión inmediata de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de su alta para que cubramos su cuidado hospitalario durante más tiempo.

2. Se le solicitará firmar la notificación por escrito como evidencia de que la recibió y que entendió sus derechos.

- Se le solicitará a usted o a alguien que esté actuando a nombre suyo firmar esta notificación.
- Firmar la notificación *solamente* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. La notificación no le indica su fecha de alta. Firmar la notificación **no significa** que está de acuerdo con su fecha de alta.

3. Conserve su copia de la notificación a mano para que, en caso de necesitarla, tenga la información sobre cómo hacer una apelación (o informar una preocupación sobre la calidad de su cuidado).

- Si firmó la notificación más de dos días antes de su alta del hospital, recibirá otra copia antes de que se coordine el darle de alta.
- Para ver esta notificación con antelación, puede llamar a Servicios al Afiliado o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-

877-486-2048. También puede ver la notificación en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea pedir que sus servicios de hospitalización sean cubiertos por nuestro plan por más tiempo necesitará usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, entienda lo que tiene que hacer y cuáles son las fechas límites:

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límites.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame a Servicios al Afiliado. O, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación. Esta verifica si la fecha de alta planificada para usted es médicamente apropiada.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (Un Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos) le dice cómo comunicarse con esta organización. (O, busque el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápidamente:

- Para hacer su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de salir del hospital y **no más tarde de la medianoche del día del alta**.
 - **Si cumple con esta fecha límite**, podrá quedarse hospitalizado *después* de su fecha de alta, *sin tener que pagar* por ello, mientras

espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

- **Si no cumple con la fecha límite**, y decide quedarse hospitalizado después de su fecha planificada de alta, *podría tener que pagar todos los costos* del cuidado hospitalario que reciba luego de su fecha de alta planificada.
- Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y todavía desea apelar, tiene que hacer la apelación directamente con nuestro plan. Para detalles sobre esta manera de hacer su apelación, vea la Sección 7.4 de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que nos comuniquemos, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le brinda la fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios al Afiliado o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en

www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una evaluación independiente de su caso

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (“los examinadores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué entiende que la cubierta para estos servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero lo puede hacer si así lo desea.
- Los examinadores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y evaluarán la información que el hospital y nuestro plan les ha dado.
- Para el mediodía del día siguiente en que los examinadores nos notifiquen sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito con su fecha de alta planificada. Esta notificación explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (médicamente apropiado) que a usted se le dé de alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de haber obtenido la información necesaria, la

Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué pasa si la respuesta es sí?

- Si la respuesta de la organización revisora es que **sí, nosotros tenemos que continuar brindándole servicios hospitalarios cubiertos por el tiempo en que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si estos aplican). Además, podría haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué pasa si la respuesta es no?

- Si la respuesta de la organización revisora es que **no**, está diciendo que la fecha planificada para su alta es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cubierta para sus servicios hospitalarios acabará al mediodía del día después** que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Si la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a su apelación es que **no** y usted decide quedarse hospitalizado, **podría tener que pagar el costo completo** del cuidado hospitalario que reciba pasado el

mediodía del día siguiente al que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea hacer otra apelación

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted se queda hospitalizado después de la fecha planificada para su alta, entonces puede hacer otra apelación. Hacer otra apelación significa que pasará al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reevalúe su decisión en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo completo de su hospitalización después de la fecha planificada para su alta.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión

- Usted tiene que solicitar esta revisión **dentro de 60 días naturales** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió que *no* a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital pasada la fecha en que terminó su cubierta.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda evaluación de su situación

- Los examinadores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días naturales a partir del recibo de su solicitud para una apelación de Nivel 2, los examinadores tomarán una decisión sobre su apelación y le darán su respuesta.

Si la respuesta de la organización revisora es sí:

- **Tenemos que reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos del cuidado hospitalario que reciba a partir del mediodía del día siguiente a la fecha en que su primera apelación fue rechazada por la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. **Tenemos que continuar brindándole cubierta por cuidado hospitalario durante el tiempo que sea médicamente necesario.**

- Usted tiene que seguir pagando su parte de los costos y podrían aplicar limitaciones de cubierta.

Si la respuesta de la organización revisora es no:

- Esto significa que ellos se reafirman en la decisión que tomaron durante su apelación de Nivel 1. A esto se le llama “sostener la decisión”.
- La notificación por escrito que recibirá le dirá qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, debe decidir si desea proseguir con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones luego del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar al Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- El Nivel 3 de apelación es evaluado por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador. La Sección 9 de este Capítulo habla más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se le pasa la fecha límite para hacer su apelación de Nivel 1?

Términos Legales

Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se llama una “**apelación acelerada (expedita)**”.

Como alternativa, puede apelar ante nosotros

Como explicamos antes, tiene que actuar rápidamente para comenzar con la apelación de Nivel 1 sobre su fecha de alta hospitalaria. Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, existe otro medio para hacer su apelación.

Si utiliza este otro medio para hacer su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo hacer una apelación *Alternativa* del Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está solicitando el que le demos una respuesta utilizando las fechas límites “rápidas” en lugar de las “estándar”. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Nosotros haremos una revisión “rápida” de su fecha de alta planificada para verificar si era médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, evaluaremos toda la información sobre su hospitalización. Veremos si la fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debía salir del hospital era justa y si cumplía con todas las reglas.

Paso 3: Le daremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud de “revisión rápida”.

- **Si nuestra respuesta a su apelación es sí,** significa que estamos de acuerdo con usted con respecto a que todavía necesita seguir hospitalizado luego de la fecha de alta planificada. Le seguiremos proveyendo sus servicios hospitalarios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos del cuidado que ha recibido desde la fecha en que le indicamos que su cubierta terminaría. (Usted tiene que pagar su parte de los costos y algunas limitaciones de cubierta podrían aplicar).
- **Si nuestra respuesta a su apelación es no,** significa que opinamos que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Nuestra

cubierta por sus servicios hospitalarios termina a partir del día en que le habíamos dicho que terminaría.

- Si se quedó en el hospital *luego* de su fecha de alta planificada, **podría tener que pagar el costo completo** del cuidado hospitalario que recibió después de esa fecha.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *Alternativa* del Nivel 2

Términos Legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es la “**Entidad de Revisión Independiente**”. También se le conoce como “**IRE**” (por sus siglas en inglés).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Pasaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente

- Se nos requiere enviar la información de su apelación en Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente no más tarde de 24 horas después de haberle comunicado nuestra decisión de denegar su primera apelación. (Si usted entiende que no estamos cumpliendo con esta u otras fechas límites, puede hacer una queja. La Sección 10 de este capítulo le explica cómo hacer una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los examinadores le responderán dentro de 72 horas.

- Los examinadores en la Organización de Revisión Independiente evaluarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación sobre su alta del hospital.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *sí***, tenemos que devolverle nuestra parte de los costos por el cuidado hospitalario que recibió desde la fecha de su alta hospitalaria planificada. También tenemos que prolongar la cubierta del plan por sus servicios hospitalarios por el tiempo que sea médicamente necesario. Usted tiene que seguir pagando por su parte de los costos. Si hay limitaciones de cubierta, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos (la cantidad) o por cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *no***, significa que ellos coinciden en que

su fecha de alta planificada era médicamente apropiada.

- La La notificación por escrito que recibirá de la organización de revisión independiente le explica cómo comenzar el Nivel 3 de apelación con el proceso de revisión, el cual es manejado por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir adelante con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los examinadores responden negativamente a su apelación en Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o si prosigue al Nivel 3 de apelación.
- La Sección 9 de este Capítulo habla más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos una extensión de cubierta para algunos servicios médicos si entiende que su cubierta está terminando muy pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata sobre solo cuatro servicios:*

Cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada, cuidado de hospicio y servicios en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (CORF, por sus siglas en inglés)

Cuando esté recibiendo **servicios de salud en el hogar, cuidado de enfermería especializada**, cuidado de hospicio, o **cuidado de rehabilitación (Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (CORF))**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de cuidado durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es tiempo de dejar de cubrir cualquiera de estos *cuatro* tipos de cuidado, se nos requiere informárselo con anticipación. Cuando su cubierta por este cuidado termine, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo compartido por su cuidado.*

Si entiende que estamos acabando la cubierta de su cuidado muy pronto **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le dice cómo puede hacer esta apelación.

Sección 8.2 Le informaremos por adelantado cuando su servicio esté por terminar

Términos Legales

“Notificación de No-Cubierta de Medicare”. Le indica cómo hacer una **“apelación acelerada”**. Hacer una apelación acelerada es un medio formal y legal de pedirle al plan que cambie la decisión de cubierta que ha tomado sobre cuándo suspender su cuidado.

- 1. Usted recibe una notificación por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan suspenda la cubierta de su cuidado. Este aviso le indica:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su cuidado.
 - Cómo solicitar una **“apelación acelerada”** para pedirnos que sigamos cubriendo su cuidado por un período de tiempo más largo.
- 2. Se le solicitará, o a su representante, firmar la notificación por escrito como evidencia de que la recibió.** Firmar la notificación solo evidencia que recibió la información sobre la suspensión de su cubierta. **Firmar la notificación no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de detener el cuidado.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado por más tiempo

Si quiere pedirnos que cubramos su cuidado por un período de tiempo más largo, necesitará utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, entienda lo que tiene que hacer y cuáles son las fechas límites.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límites.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame a Servicios al Afiliado. O, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada.

Durante el Nivel 1 de apelación, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación. Decide si la decisión para finalizar su cuidado es médicamente correcta.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en cuidado médico pagados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos

tipos de cuidado médico. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Haga su apelación de Nivel 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación de vía rápida. Tiene que actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (Notificación de No-Cubierta de Medicare) le dice cómo comunicarse con esta organización. O, busque el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación antes del **mediodía del día antes a la fecha de entrada en vigor** de la Notificación de No-Cubierta de Medicare.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea

presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, vea la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Términos Legales
“Aviso Detallado de No-Cubierta” . Aviso que provee detalles sobre las razones para terminar la cubierta.

¿Qué pasa durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (“los examinadores”) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué entiende que su cubierta para estos servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero lo puede hacer si así lo desea.
- La organización examinadora también evaluará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nosotros le hayamos dado.
- Para el final del día en que los examinadores nos notifiquen sobre su apelación, usted

recibirá un **aviso detallado de no-cubierta** de nuestra parte con nuestras razones, explicadas en detalle, para suspender la cubierta de sus servicios.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los examinadores le comunicarán su decisión.

¿Qué pasa si la respuesta de los examinadores es sí?

- Si la respuesta de los examinadores a su apelación es **sí**, **tenemos que continuar proveyendo sus servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos, si aplican). Puede haber limitaciones a sus servicios cubiertos.

¿Qué pasa si la respuesta de los examinadores es no?

- Si la respuesta de los examinadores es *no*, entonces **su cubierta terminará en la fecha que le habíamos indicado.**
- Si decide continuar recibiendo el cuidado de salud en el hogar o el cuidado en un centro de enfermería especializada, cuidado de hospicio o los servicios de un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio (CORF) *después* de la fecha

en que termina su cubierta, entonces **tendrá que pagar el costo total** por este cuidado por su cuenta.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si los examinadores deniegan su apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo cuidado luego de que la cubierta para este haya terminado, puede hacer otra apelación.

<p>Sección 8.4 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado por más tiempo</p>
--

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reevalúe la decisión que tomó con respecto a su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de los servicios de cuidado en el hogar, centro de enfermería especializada, cuidado de hospicio o Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio (CORF) que reciba *luego* de la fecha en que le indicamos que terminaría su cubierta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

- Usted tiene que solicitar esta revisión **dentro de 60 días** a partir de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cubierta.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda evaluación de su caso

- Los examinadores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días a partir del recibo de su solicitud de apelación, los examinadores tomarán una decisión sobre su apelación y se la notificarán.***¿Qué sucede si la respuesta de la organización revisora es sí?***

- **Nosotros tenemos que reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado que haya recibido desde la fecha en que le notificamos la suspensión de su cubierta. **Nosotros tenemos que continuar cubriendo su cuidado** por el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted tiene que seguir pagando su parte de los costos y podrían aplicar limitaciones de cubierta.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización revisora a su apelación es no?

- Esto significa que ellos se reafirman en la decisión que tomamos en su apelación de Nivel 1.
- La notificación por escrito que recibirá le explicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará detalles sobre cómo pasar al próximo nivel de apelación, el cual es manejado por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la respuesta es no, usted deberá decidir si desea llevar su apelación al próximo nivel.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones luego del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo habla más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se le pasa la fecha límite para hacer su apelación de Nivel 1?

Como alternativa, puede apelar ante nosotros

Como explicamos, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y comenzar con la primera apelación (dentro de un día o dos, como máximo). Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con esta organización, hay otro medio para hacer su apelación. Si utiliza este otro medio para hacer su apelación, *los primeros dos niveles de apelación serán diferentes.*

Paso a paso: Cómo hacer una apelación *Alternativa* de Nivel 1

Términos Legales

Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se llama una “**apelación acelerada**”).

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pida una “revisión rápida”

- **Pida una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está solicitando que le demos una respuesta utilizando las fechas límites “rápidas” en lugar de las estándar. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Haremos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo terminar la cubierta de sus servicios

- Durante esta revisión, evaluaremos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificaremos si se siguieron todas las reglas cuando se fijó la fecha para suspender la cubierta del plan para los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le daremos nuestra decisión a más tardar 72 horas después de que nos pida la “revisión rápida”.

- **Si respondemos que sí a su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita continuar sus servicios por más tiempo y le seguiremos brindando los servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos por el cuidado que recibió desde la fecha en que le indicamos que su cubierta terminaría. (Usted tiene que pagar su parte de los costos y podrían aplicar limitaciones de cubierta).
- **Si respondemos que no a su apelación**, su cubierta terminará en la fecha que le indicamos y nosotros no pagaremos parte alguna de los costos a partir de esta fecha.
- Si usted continuó recibiendo cuidados de salud en el hogar, cuidados en un centro de enfermería especializada, cuidado de hospicio o los servicios de

un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio (CORF) *después* de la fecha en que le dijimos que su cubierta terminaría, entonces **tendrá que pagar el costo total** por este cuidado.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

Términos Legales
El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es la “ Entidad de Revisión Independiente ”. También se le conoce como “ IRE ”, por sus siglas en inglés.

Paso a paso: proceso alternativo de apelación de nivel 2

Durante el Nivel 2 de Apelaciones, la **organización de revisión independiente** evalúa la decisión que tomamos de rechazar su “apelación rápida”. Esta organización decidirá si la decisión que tomamos se debe cambiar. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. La organización es una compañía designada por Medicare para asumir la función de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Automáticamente referiremos su caso a la organización de revisión independiente

- Se nos requiere enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de 24 horas a partir de que le informáramos nuestra decisión negativa con respecto a su primera apelación. (Si entiende que no estamos cumpliendo con esta u otras fechas límites, puede hacer una queja. La Sección 10 de este capítulo le explica cómo hacer una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los examinadores le responderán dentro de 72 horas.

- Los examinadores en la Organización de Revisión Independiente revisarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** entonces tenemos que devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que haya recibido desde la fecha en que le notificamos que su cubierta finalizaría. También tenemos que seguir cubriendo su cuidado por el tiempo que sea médicamente necesario. Usted tiene que seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cubierta, estas podrían tener un

efecto sobre la cantidad de su reembolso o el tiempo por el cual seguiremos cubriendo los servicios.

- **Si la organización rechaza su apelación,** significa que ellos coinciden con la decisión tomada por nuestro plan con respecto a su primera apelación y no la cambiarán.
- La notificación por escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le explica qué debe hacer si desea pasar al Nivel 3 de apelación.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea llevar su apelación al próximo nivel

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si usted quiere continuar al Nivel 3 de apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- El Nivel 3 de apelación es revisado por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador. La Sección 9 de este Capítulo le explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Llevando su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes de Servicios Médicos

Esta sección puede ser apropiada para usted si ya ha presentado apelaciones en los Niveles 1 y 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor monetario del artículo o servicio médico por el que ha apelado alcanza los niveles mínimos específicos, podría ser elegible para pasar a otros niveles de apelación. Si el valor monetario es menor al nivel mínimo, no podrá seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 le explicará cómo puede hacer una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, las entidades que manejan la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Nivel 3 de apelación Un Juez de Derecho Administrativo que trabaja para el gobierno Federal o mediador evaluará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o mediador responde que sí a su apelación, el**

proceso de apelación *podría o no haber terminado* – A diferencia de una decisión en el Nivel 2, nosotros tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que le favorezca a usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.

- Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de 60 días naturales luego de recibir la decisión del Juez de Derecho Administrativo o mediador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de la apelación de Nivel 4 con los documentos que la acompañen. Se nos permite esperar por la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.
- **Si el Juez de Derecho Administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *podría o no haber terminado***
 - Si decide aceptar la decisión en rechazo a su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
 - Si no desea aceptar esta decisión, puede pasar al próximo nivel del proceso de apelación. La notificación que recibirá le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Nivel 4 de apelación El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno Federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para reevaluar la decisión favorable de la apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*** - A diferencia de una decisión del Nivel 2, nosotros tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 4 que le favorezca. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, tenemos que autorizar o proveer el servicio dentro de 60 días naturales a partir del recibo de la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no, o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.**
 - Si decide aceptar esta decisión en rechazo a su apelación, el proceso de apelaciones ha finalizado.
 - Si no desea aceptar esta decisión, usted podría continuar al próximo nivel del proceso de apelación. Si el Consejo rechaza su

apelación, la notificación que recibirá le informará si las reglas le permiten continuar hacia una apelación de Nivel 5, y cómo continuar con la apelación de Nivel 5.

Nivel 5 de apelación Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más instancias de apelación tras el Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes para Medicamentos Recetados de la Parte D

Esta sección pudiera ser apropiada para usted si ha hecho apelaciones en los Niveles 1 y 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el precio del medicamento por el que ha apelado alcanza un valor monetario específico, podría pasar a los niveles de apelación adicionales. Si el valor monetario es menor, no podrá apelar más. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones sobre apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera

muy similar. A continuación, verá quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Nivel 3 de apelación Un Juez de Derecho Administrativo o un mediador que trabaja para el Gobierno Federal evaluará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones ha finalizado.** Tenemos que **autorizar o proveer la cubierta de medicamentos** que aprobó el Juez de Derecho Administrativo o mediador **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o pagar a más tardar 30 días naturales** luego de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar la decisión en rechazo a su apelación, el proceso de apelaciones ha finalizado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al próximo nivel del proceso de revisión. La notificación que recibirá le indicará lo próximo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Nivel 4 de apelación El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno Federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones ha finalizado.** Tenemos que autorizar o proveer la cubierta de medicamentos que aprobó el Consejo dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o pagar a más tardar 30 días naturales después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar la decisión en rechazo a su apelación, el proceso de apelaciones ha finalizado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al próximo nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión de su apelación, la notificación escrita le informará si las reglas permiten que proceda a una apelación de Nivel 5. También le informará con quién debe comunicarse y lo próximo que debe hacer para seguir con su apelación.

Nivel 5 de apelación Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá sí o no a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más instancias de apelación tras el Tribunal Federal de Distrito.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 **Cómo hacer una queja sobre la calidad del servicio, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras preocupaciones**

Sección 10.1 **¿Qué tipos de problemas se manejan a través del proceso de quejas?**

El proceso de quejas es usado *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado, tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, presentamos ejemplos de las clases de problemas que son manejados por el proceso de quejas.

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está usted insatisfecho con la calidad del cuidado que ha recibido (incluyendo el cuidado hospitalario)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, deficiencias en el Servicio al Afiliado y otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien le ha tratado de manera descortés o irrespetuosa?• ¿Está insatisfecho con Servicios al Afiliado?• ¿Siente que le están dando motivos para dejar nuestro plan?

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir citas o tiene que esperar demasiado para conseguir una? • ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo por médicos, farmacéuticos, u otros profesionales de la salud? ¿O, por Servicios al Afiliado u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ejemplos de esto incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o en el cuarto de examen, o al buscar una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una clínica, hospital u oficina médica?
Información que obtiene de nuestro plan	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le notificamos algo requerido? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?

Puntualidad

(Estos tipos de quejas están todos relacionados con cuán diligentes hemos sido con relación a decisiones de cubierta y apelaciones)

Si ya nos solicitó una decisión de cubierta o hecho una apelación, y entiende que no estamos respondiendo con suficiente rapidez, usted puede dar una queja sobre nuestra lentitud. Aquí tiene algunos ejemplos:

- Usted nos pide que tomemos una “decisión rápida de cubierta” o una “apelación rápida” y nosotros nos hemos negado, puede hacer una queja.
- Usted considera que no estamos cumpliendo con las fechas límites para darle una decisión de cubierta o responder a una apelación, puede hacer una queja.
- Si considera que no estamos cumpliendo con las fechas límites para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede hacer una queja.
- Si considera que no estamos cumpliendo con las fechas límites para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede hacer una queja.

Sección 10.2 Cómo hacer una queja”**Términos legales**

- Una “**queja**” también se conoce como una “**querella**”.
- “**Presentar una queja**” también se denomina “**presentar una querella**”.
- “**Usar el proceso para quejas**” también se denomina “**usar el proceso para presentar una querella**”.
- Una “**queja rápida**” también se denomina “**querella acelerada**”.

Sección 10.3 Paso a paso: Dando una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros rápidamente — ya sea por teléfono o por escrito.

- **Normalmente, llamar a Servicios al Afiliado es el primer paso.** De haber algo más que tenga que hacer, Servicios al Afiliado se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede hacer su queja por escrito y enviárnosla.** Si nos envía su queja por escrito, le responderemos por escrito.

- **Si desea escribirnos en vez de hacer una querrela verbal, puede enviar su carta por correo, fax, o entregarla en persona.** Para detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, refiérase al Capítulo 2, Sección 1, *Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*. Si su queja tiene que ver con una solicitud denegada para una determinación administrativa acelerada, una determinación de cubierta, o una reconsideración o redeterminación acelerada, tenemos que responder a su queja dentro de 24 horas.
- La **fecha límite** para hacer una queja es 60 días naturales desde el momento usted tuvo el problema por el cual se quiere quejar.

Paso 2: Evaluamos su queja y le respondemos

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, podríamos darle una respuesta durante la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas se contestan en un plazo de 30 días naturales.** Si necesitamos más información y el que ocurra un retraso es en beneficio suyo, o si pide más tiempo, podemos tomar hasta 14 días naturales adicionales (44 días naturales en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.

- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión rápida de cubierta” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida”.** Si tiene una "queja rápida", significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja o con parte de ella, o no nos consideramos responsables por el problema por el cual se está quejando, le incluiremos las razones en nuestra contestación.

Sección 10.4 También puede dar quejas sobre calidad del cuidado a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad
--

Cuando su queja sea sobre la *calidad del cuidado*, cuenta con dos opciones adicionales:

- **Puede hacer su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en la práctica y otros expertos del cuidado de la salud, pagados por el gobierno federal, para revisar y mejorar el cuidado provisto a los pacientes de Medicare.

- **Puede hacer su queja tanto antes la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como ante nosotros, al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede comunicarle su queja a Medicare
--

Puede enviar su queja sobre MMM Balance directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Terminando su afiliación
en el plan*

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su afiliación a nuestro plan

Cancelar su afiliación a MMM Balance puede ser una decisión **voluntaria** (porque usted así lo decidió) o **involuntaria** (no es decisión suya):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que quiere irse. Las Secciones 2 y 3 ofrecen información sobre cómo cancelar su afiliación voluntariamente.
- También existen situaciones limitadas en las que usted elige no irse, pero estamos obligados a cancelar su afiliación. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos cancelar su afiliación.

Si se desafilia de nuestro plan, debemos continuar brindándole cuidado médico y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su afiliación al plan?

<h3>Sección 2.1 Puede cancelar su afiliación durante el Período de Afiliación Anual</h3>

Usted puede cancelar su afiliación a nuestro plan durante el Período Anual de Afiliación (también conocido como el “Período Abierto de Afiliación Anual”). Durante este

periodo evalúe su cubierta de salud y medicamentos, y decida sobre la cubierta para el próximo año.

- **El Período Anual de Afiliación** es desde 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
- **Escoja permanecer con la misma cubierta que tiene actualmente o puede hacer cambios a su cubierta para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede escoger uno de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud Medicare, con o sin cubierta de medicamentos recetados.
 - Medicare Original *con* un plan Medicare separado de medicamentos recetados
 - –o– Medicare Original *sin* un plan Medicare separado de medicamentos recetados.
 - Si escoge esta opción, Medicare podría inscribirlo en un plan, a menos que usted haya declinado la inscripción automática.

Nota: Si se desafilia de su cubierta Medicare de medicamentos recetados y se queda sin cubierta acreditable de medicamentos por 63 días consecutivos o más, posiblemente tendrá que pagar una penalidad por afiliación tardía a la Parte D si se une a un plan Medicare de medicamentos recetados más tarde.

- Su afiliación a nuestro plan acabará cuando comience la cubierta de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su afiliación durante el Período Abierto de Afiliación de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un solo* cambio a su cubierta de salud durante el **Período Abierto de Afiliación de Medicare Advantage**.

- **El Período Abierto de Afiliación de Medicare Advantage** ocurre cada año desde el 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período Abierto de Afiliación de Medicare Advantage anual**, puede:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage. Con o sin cubierta de medicamentos recetados.
 - Desafiliarse de nuestro plan y obtener cubierta a través de Medicare Original. Si escoge cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede afiliarse a un plan Medicare separado de medicamentos recetados en ese momento.
- **Su afiliación acabará** el primer día del mes siguiente a la fecha en que usted se afilie a un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su notificación de cambio a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados, su afiliación en este plan comenzará el primer día del mes siguiente a la

fecha en que el plan de medicamentos reciba su solicitud.

Sección 2.3 En algunas situaciones, usted puede cancelar su afiliación durante un Período Especial de Afiliación

En algunas situaciones, afiliados de MMM Balance podrían ser elegibles para cancelar su afiliación durante otras épocas del año. A esto se le conoce como un **Período Especial de Afiliación**.

- **Pudiera ser elegible para cancelar su afiliación durante el Período Especial de Afiliación** si alguna de las siguientes situaciones le aplican. Los siguientes son solo ejemplos, para la lista completa, comuníquese con el plan, llame a Medicare, o visite la página de Internet de Medicare, (www.medicare.gov):
 - Por lo general, cuando se ha mudado.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si es elegible para “Ayuda Adicional” para el pago de sus recetas de Medicare.
 - Si incumplimos nuestro contrato con usted.
 - Si está recibiendo cuidado en una institución, como un hogar de ancianos u hospital de cuidado prolongado (LTC).

Nota: Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiarse de

plan. El Capítulo 5, Sección 10, le habla más sobre los programas de manejo de medicamentos.

Los períodos de tiempo de afiliación varían de acuerdo con su situación.

Para ver si es elegible para un Período Especial de Afiliación, por favor, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su afiliación por un caso particular puede cambiar tanto su cubierta de salud Medicare como su cubierta de medicamentos recetados. Puede elegir:

- Otro plan de salud Medicare con o sin cubierta de medicamentos recetados.
- Medicare Original *con* un plan Medicare separado de medicamentos recetados
- – o – Medicare Original *sin* un plan Medicare separado de medicamentos recetados

Nota: Si se desafilia de su cubierta Medicare de medicamentos recetados y se queda sin cubierta acreditable de medicamentos por un período continuo de 63 días o más, posiblemente tendrá que pagar una penalidad por afiliación tardía a la Parte D si se une a un plan Medicare de medicamentos recetados más tarde.

Generalmente, su afiliación acabará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede conseguir más información sobre cuándo es posible cancelar su afiliación?

Si tiene preguntas sobre cancelar su afiliación usted puede:

- **Llamar a Servicios al Afiliado.**
- Puede conseguir la información en el folleto ***Medicare y Usted 2023***.
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su afiliación a nuestro plan?

La tabla a continuación le explica cómo debe cancelar su afiliación en nuestro plan.

Si quiere cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de salud Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Afíliase en el nuevo plan Medicare en cualquier momento.• Se le desafiliará automáticamente de MMM Balance cuando comience la cubierta de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">• Medicare Original <i>con</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Afíliase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Se le desafiliará automáticamente de MMM Balance cuando comience la cubierta de su nuevo plan.

Si quiere cambiar de nuestro plan a:

Esto es lo que debe hacer:

- Medicare Original *sin* una cubierta separada de medicamentos recetados de Medicare.
- **Envíenos una solicitud de desafiliación por escrito.** Comuníquese con Servicios al Afiliado si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana, y pedir ser desafiliado. Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Se le desafiliará de MMM Balance cuando comience su cubierta de Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que acabe su afiliación, tendrá que seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que acabe su afiliación y comience su nueva cubierta Medicare, continuará recibiendo su cuidado médico y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestra red de proveedores para recibir su cuidado médico.**
- **Continúe el uso de nuestras farmacias de la red u órdenes por correo, para obtener el despacho de sus medicamentos.**
- **Si lo hospitalizan el día en que su afiliación acaba, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta del hospital (aun cuando su alta ocurra después de haber comenzado su nueva cubierta de salud).**

SECCIÓN 5 En algunos casos, MMM Balance tendrá que cancelar su afiliación

<h3>Sección 5.1 ¿Cuándo tendremos que cancelar su afiliación?</h3>

MMM Balance tendrá que cancelar su afiliación en el plan en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o si hace un viaje que dura un largo tiempo, llame a Servicios al Afiliado para averiguar si el lugar al cual se muda o el destino de su viaje está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si le encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es un ciudadano de los Estados Unidos o no cuenta con presencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente o nos oculta información sobre su afiliación a otro seguro que le provee cubierta de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta al afiliarse a nuestro plan y esa información afecta su

elegibilidad. (No podemos obligarlo a abandonar el plan por esta razón a menos que, primero, obtengamos permiso de Medicare).

- Si constantemente se comporta de manera negativa y nos dificulta proveerles cuidado de salud a usted y a otros afiliados de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar el plan por esta razón a menos que, primero, obtengamos permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de afiliación para obtener cuidado médico. (No podemos obligarlo a abandonar el plan por esta razón a menos que, primero, obtengamos permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su afiliación por esta razón, Medicare podría pedir que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si se le requiere que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a su ingreso y usted no la paga, Medicare le desafiliará de nuestro plan y usted perderá su cubierta de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o le gustaría obtener más información sobre cuándo podríamos cancelar su afiliación llame a Servicios al Afiliado.

Sección 5.2 No podemos pedirle que se desafilie de nuestro plan por razones que tengan que ver con su salud

MMM Balance no está autorizado a pedirle que se desafilie de nuestro plan por cualquier razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si siente que se le ha pedido dejar nuestro plan por una razón relacionada con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048)

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación a nuestro plan

Si cancelamos su afiliación en nuestro plan, tenemos que darle, por escrito, las razones para dicha decisión. Debemos, también, explicarle cómo radicar una querrela o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su afiliación.

CAPÍTULO 11:

Notificaciones legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes aplicables

La ley principal que aplica a este documento es la del Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) y las regulaciones creadas bajo esta ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Además, otras leyes federales pueden aplicarse y, bajo algunas circunstancias, las leyes del estado en donde vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nosotros no discriminamos por concepto de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, tienen que cumplir con las leyes federales en contra del discrimen, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Americanos con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y todas las otras leyes que apliquen a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y reglamento que aplique por cualquier otra razón.

Si quiere más información o si tiene alguna preocupación acerca de discrimen o trato injusto, favor llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o la oficina local de Derechos Civiles. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda con acceso al cuidado, favor llamarnos al Departamento de Servicios al Afiliado. Si tiene alguna queja, como por ejemplo, algún problema con accesibilidad para silla de ruedas, Servicios al Afiliado puede ayudarle.

MMM Healthcare, LLC., cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MMM Healthcare, LLC., no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MMM Healthcare, LLC.:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, tales como:

CAPÍTULO II: Notificaciones legales

- Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
- Información impresa escrita en otros formatos (letra agrandada, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Provee servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el español, tales como:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información impresa escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Si entiende que MMM Healthcare, LLC., no le proporcionó estos servicios o discriminó en su contra de alguna otra forma debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una querrela ante: Departamento de Apelaciones y Querellas, PO Box 71114 San Juan PR 00936-8014, 1-866-333-5470 (libre de cargos), 711 TTY (audio impedidos), 787-622-0485 (fax), mmm@mmmhc.com (correo electrónico). Puede radicar su querrela en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Departamento de Servicios al Afiliado está a su disposición para brindársela.

También puede presentar una querrela de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

de manera electrónica a través del Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de querrela en el sitio web: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la obligación de cobrar por servicios cubiertos de Medicare por los cuales Medicare no es el pagador principal. Conforme a las regulaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, MMM Balance, como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación de pago que el Secretario ejerce bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B hasta la D de la parte 411 de 42 CFR, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Afiliado (miembro de nuestro Plan, o “afiliado del plan”) – Una persona con Medicare que es elegible para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya afiliación está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Ajuste Mensual de acuerdo a su Ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés) - Si su ingreso bruto ajustado modificado según radicado en su planilla de contribuciones sobre ingresos del Servicio de Rentas Internas de hace 2 años está por encima de cierta cantidad, usted pagará la cantidad de prima estándar y una cantidad de Ajuste Mensual por Ingreso, también conocido como IRMAA (por sus siglas en inglés). IRMAA es un cargo adicional que se le suma a su prima. Menos del 5% de los beneficiarios con Medicare se ven afectados, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima mayor.

Apelación – Una apelación es la acción que usted toma si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cubierta de servicios de cuidado de salud o medicamentos recetados, o pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que esté recibiendo.

Área de Servicio – El “área de servicio” es el área geográfica en la cual un plan de salud acepta afiliados, si

limita su matrícula a base de donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan tiene que cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Ayuda Adicional – Un programa de Medicare o del Estado para ayudar a personas de ingresos y recursos limitados a pagar por los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coaseguros.

Ayudante de Salud en el Hogar – Un ayudante de salud en el hogar provee servicios que no necesitan las destrezas de una enfermera o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse, o realizar ejercicios recetados).

Cantidad Máxima de Bolsillo – El máximo que un beneficiario paga de su bolsillo durante el año natural por servicios cubiertos en la red. Las cantidades que usted paga por primas de Medicare Parte A y Parte B y por medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de bolsillo.

Cantidad o Cargo Permitido – Es la cantidad que Medicare permite que cobren los proveedores. En Medicare Original, Medicare paga el 80% de la cantidad permitida por la mayoría de los costos de la Parte B. El

beneficiario es responsable por el restante 20%. En nuestro plan, usted paga el 20% de los cargos permitidos por Medicare si tiene la opción POS. Esto significa que los proveedores le pueden cobrar más por sus servicios que lo aprobado por Medicare.

Cargo por Despacho – La tarifa que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se despacha, para pagar el costo de dicho servicio, como el tiempo que le toma al farmacéutico preparar y empacar el medicamento.

Centro Quirúrgico Ambulatorio – Un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente para brindar servicios de cirugía ambulatorios a pacientes que no requieran hospitalización y cuyas estadías en los centros se espera que no excedan las 24 horas.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) – Una institución que mayormente provee servicios de rehabilitación luego de una enfermedad o lesión, incluyendo terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y de lenguaje, así como servicios de evaluación del entorno casero.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) – La Agencia Federal que administra el programa de Medicare.

Coaseguro – La cantidad que se le puede requerir pagar, representado como un porcentaje, como su parte del costo por servicios médicos o medicamentos recetados.

Copago – La cantidad que podría tener que pagar como su parte del costo por un servicio o suplido médico, como una visita médica, una visita ambulatoria a un hospital, o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija (ejemplo \$10) en lugar de un porcentaje.

Costo compartido – Costo compartido se refiere a las cantidades que los afiliados tienen que pagar cuando reciben medicamentos o servicios. Incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier tipo de deducible que el plan podría imponer antes de que los medicamentos o servicios sean cubiertos; (2) cualquier cantidad de “copago” fijo requerida por el plan cuando se obtiene un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier cantidad de “coaseguro”, un porcentaje de la cantidad total que un plan requiere que se pague por un servicio o medicamento al momento que se recibe.

Costos de Bolsillo – Vea la definición de “costo compartido” arriba. Lo que se le requiere a un afiliado pagar como su parte de la repartición de costos por los servicios o medicamentos recibidos, se conoce como “costo de bolsillo”.

Cubierta Acreditable de Medicamentos Recetados –

Cubierta de medicamentos recetados (por ejemplo, de un patrono o unión) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cubierta normal de Medicare para medicamentos recetados. Las personas que tienen este tipo de cubierta cuando se hacen elegibles para Medicare por lo general pueden mantener la cubierta sin pagar una penalidad si luego deciden inscribirse en una cubierta de medicamentos recetados de Medicare.

Cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare

(Medicare Parte D) – Seguro para ayudarle a pagar por medicamentos ambulatorios recetados, vacunas, terapias biológicas y algunos suplidos que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Cuidado de Custodia – El cuidado de custodia es un tipo de cuidado personal que puede ser provisto en un hogar de ancianos, hospicio o en otra instalación en casos en que no se necesitan conocimientos médicos o de Enfermería Especializada. El cuidado de custodia, provisto por personas sin destrezas o entrenamiento profesional e incluye ayuda con actividades diarias como bañarse, vestirse, comer, levantarse de una cama o sillón, ir de un lado a otro y usar el baño. Podría también incluir asistencia relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por su cuenta, como administrarse gotas para la vista. Medicare no paga por el cuidado de custodia.

Cuidado de Emergencia – Servicios cubiertos que son: (1) proporcionados por un proveedor cualificado para suministrar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición de emergencia médica.

Cuidado en Centros de Enfermería Especializada (SNF) – Los servicios de cuidado de Enfermería Especializada y rehabilitación que se proveen de manera continua y diaria en los centros de Enfermería Especializada. Ejemplos de cuidado e incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden administrar un médico o una enfermera graduada.

Deducible – La cantidad que debe pagar por cuidado de salud o recetas antes de que nuestro plan pague.

Desafiliarse o Desafiliación – Es el proceso de terminar su afiliación en nuestro plan.

Determinación de Cubierta – Una decisión sobre si un medicamento que se le ha recetado está cubierto por el plan y la cantidad, si alguna, que debe pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y allí le indican que la misma no está cubierta bajo su plan, esto no se considera una determinación de cubierta. Usted debe llamar o escribirle a su plan para solicitar una decisión formal sobre dicha cubierta. En este documento, las determinaciones de cubierta se llaman “decisiones de cubierta”.

Determinación de Organización – Una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cubierta” en este documento.

Emergencia – Una emergencia médica sucede cuando usted u otra persona sensata con un conocimiento promedio de salud y medicina, piensa que usted tiene síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar pérdida de vida (y, si eres mujer, la pérdida de un hijo sin nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos podrían ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeore rápidamente.

Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés) – Cierta equipo médico que es ordenado por su médico por razones médicas. Ejemplos de equipo médico duradero incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones con sistemas motorizados, suplidos para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores, o camas de hospital, según ordenados por un médico para uso en el hogar.

Estadía por Hospitalización – Una estadía por hospitalización es cuando ha sido formalmente admitido al hospital para recibir servicios médicos profesionales. Aun

si usted ha pasado la noche en el hospital, puede considerarse un paciente “ambulatorio”.

Etapa de Cubierta Catastrófica – La etapa del Beneficio de Medicamentos de la Parte D en la cual los copagos y coaseguros por medicamentos disminuyen luego de que usted o sus representantes hayan pagado \$7,400 durante el año de póliza por medicamentos cubiertos.

Etapa de Cubierta Inicial – La etapa anterior al momento del año en que el costo total de sus medicamentos alcance \$4,660, incluyendo las cantidades que usted haya pagado y lo que el plan haya pagado por usted.

Evidencia de Cubierta (EOC) y Divulgación de Información – Este documento, junto con su solicitud de afiliación y cualquier otro anejo, cláusula o cubierta opcional seleccionada, que le explica los servicios cubiertos, nuestras obligaciones, y sus derechos y responsabilidades como afiliado de nuestro plan.

Excepción – Un tipo de decisión de cubierta que, de aprobarse, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (excepción al formulario), u obtener un medicamento no preferido en un nivel más bajo de costo compartido (excepción en los niveles). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de aprobar el que usted está solicitando, o si nuestro plan limita la

cantidad o dosis del medicamento que usted desea (excepción al formulario).

Facturación de Saldos – Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura al paciente más de la cantidad de costo compartido establecida por el plan. Como afiliado de MMM Balance, usted solo tiene que pagar las cantidades de costo compartido establecidas por el plan cuando reciba servicios cubiertos por nosotros. No permitimos que los proveedores le “facturen por el saldo” o facturen más de la cantidad de costo compartido que su plan establece que debe pagar.

Farmacia de la Red – Una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los afiliados de nuestro plan pueden obtener sus medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solamente si son despachadas en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia Fuera de la Red – Una farmacia que no tiene contrato con nuestro Plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los afiliados de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red no está cubierta por nuestro plan a menos que se den ciertas condiciones.

Hospicio – Beneficio que ofrece un tratamiento especial para un afiliado que ha sido certificado médicamente como un enfermo terminal, lo que significa que tiene un

pronóstico de 6 meses o menos de vida. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados de hospicio en su área. Si decide ingresar a un hospicio y continuar pagando las primas de nuestro plan, usted sigue siendo afiliado de nuestro plan. Usted todavía puede obtener todos los servicios médicos necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Indicación Medicamente Aceptada – El uso de un medicamento que esté aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) o apoyado por ciertos libros de referencia.

Ingreso Seguro Social Suplementario (SSI) – Un beneficio mensual pagado por la Administración de Seguro Social para personas con ingresos y recursos limitados que padecen de discapacidad o ceguera, o son mayores de 65 años. Los beneficios SSI no son lo mismo que los beneficios de la Administración de Seguro Social.

Límites de Cantidad – Una herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de ciertos medicamentos selectos por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites podrían ser por las cantidades de medicamentos que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Límite de Cubierta Inicial – El límite máximo de cubierta bajo la Etapa de Cubierta Inicial.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”) – Una lista de los medicamentos cubiertos por el plan.

Medicaid (o Asistencia Médica) – Un programa conjunto estatal y federal que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados con sus costos médicos. Los programas Estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de cuidado de salud están cubiertos si usted cualifica para ambos: Medicare y Medicaid.

Médicamente Necesario – Servicios, suplidos o medicamentos que son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y que cumplen con las normas aceptadas dentro de la práctica médica.

Medicamento Genérico – Un medicamento recetado que ha sido aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) por tener el/los mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca reconocida. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan de la misma forma y cuestan menos que los medicamentos de marcas reconocidas.

Medicamentos Cubiertos – El término general que usamos para designar a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que pueden ser cubiertos bajo la Parte D. Podríamos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D, o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicamento de Marca – Un medicamento recetado que es fabricado y vendido por una compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el mismo. Los medicamentos de marca tienen las mismas fórmulas de ingredientes activos que sus versiones genéricas. No obstante, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras farmacéuticas y generalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca ha vencido.

Medicare – El programa federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad o más, algunos menores de 65 con ciertas discapacidades y personas con Fallo Renal en Etapa Terminal (generalmente aquellos con fallo renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Medicare Original (“Medicare Tradicional” o Medicare “tarifa por servicio”) – Medicare Original lo ofrece el gobierno y no es un plan de salud privado como Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagándole a los médicos, hospitales y otros proveedores

del cuidado de la salud las cantidades establecidas por el Congreso. Usted puede elegir cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por ellos y usted paga la suya. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Medigap (póliza de seguro suplementario de Medicare) – Seguro Suplementario de Medicare vendido por las compañías privadas de seguro para cubrir ciertas “brechas” en la cubierta de Medicare Original. La póliza de Medigap trabaja solo con el plan Medicare Original. (Un Plan de Medicare Advantage no es una póliza Medigap.)

Nivel de Costo Compartido – Cada medicamento en la Lista de Medicamentos cubiertos está en uno de 6 niveles de costo compartido. En general, mientras más alto el nivel de costo compartido, más alto el costo que usted debe pagar por el medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) – Un grupo de médicos facultados y otros expertos en el cuidado de la salud que son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado brindado a los pacientes de Medicare.

Parte C – Vea “Plan Medicare Advantage” (MA)

Parte D – El programa voluntario de Medicare para beneficios de medicamentos recetados.

Penalidad por Afiliación Tardía a la Parte D – Cantidad que se le añade a la prima mensual de su cubierta Medicare de medicamentos recetados si se queda sin una cubierta acreditable (cubierta que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cubierta estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un período continuo de 63 días o más, luego de que es elegible para unirse a un plan de Parte D por primera vez.

Período Abierto de Afiliación de Medicare Advantage – Período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en el cual un afiliado de un plan Medicare Advantage puede cancelar su afiliación y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener su cubierta a través de Medicare Original. Si escoge cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede unirse a un plan de Medicare para medicamentos recetados durante este momento. El Período Abierto de Afiliación de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses luego de que un individuo es elegible a Medicare por primera vez.

Período de Beneficio – La manera en que tanto Medicare Original como nuestro plan miden el uso que usted da al hospital y a los servicios de centros de Enfermería Especializada (SNF). Un período de beneficio comienza el primer día en que usted ingresa en un

hospital o centro de Enfermería Especializada y termina cuando usted no haya recibido cuidado intrahospitalario o en un centro de Enfermería Especializada por 60 días consecutivos. Si lo admiten en un hospital o SNF después de que finaliza un período de beneficio, comienza un nuevo período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio. Este período de beneficios de hospitalización no es el mismo que el de Medicare Original. Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para una estadía en el hospital y hasta 100 días en un centro de Enfermería Especializada (SNF).

Período de Afiliación Anual – El período de tiempo del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año durante el cual los afiliados pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Período de Afiliación Especial – Un período definido durante el cual los afiliados pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones en las cuales usted cualificaría para el Período de Afiliación Especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si infringimos nuestro contrato con usted.

Período Inicial de Afiliación – Cuando usted se hace elegible para Medicare por primera vez, el período dentro del cual puede afiliarse a la Parte A y Parte B de Medicare. Si se hace elegible para Medicare al cumplir 65

años, su Período Inicial de Afiliación es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumpla 65 años, incluye el mes de su cumpleaños número 65, y termina 3 meses después de que haya cumplido los 65 años.

Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) – Un tipo especial de plan Medicare Advantage cuyo cuidado de salud se enfoca en grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, quienes residen en hogares de ancianos o quienes padecen de ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de necesidades especiales de cuidado crónico: los C-SNP son SNP que limitan la afiliación a personas con necesidades especiales con condiciones crónicas severas o incapacitantes específicas, definidas en 42 CFR 422.2. Un C-SNP debe tener atributos específicos que van más allá de la provisión de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y la coordinación del cuidado que se requiere de todos los Planes de Cuidado Coordinado de Medicare Advantage, para recibir la designación especial y los beneficios de afiliación y mercadeo que se otorgan a un C -SNP.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): En los D-SNP se afilian personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren

algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Plan de Necesidades Especiales Institucional (SNP) –

Un plan que afilia a individuos elegibles que continuamente residen o se espera que continuamente residan por 90 días o más en una facilidad de cuidado prolongado. Estas facilidades pueden incluir facilidades de Enfermería Especializada (SNF); facilidades de enfermería, un Centro de Cuidado Intermedio para Personas con Discapacidades Intelectuales (ICF/IID); facilidades psiquiátricas hospitalarias, y/o facilidades aprobadas por CMS que brindan servicios de cuidado prolongado similares, servicios de cuidado de salud cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades similares y estado de atención médica similares a los de los otros tipos de establecimientos mencionados. Para que un Plan de Necesidades Especiales institucionalizado deben tener contrato (o ser dueñas u operar) estas facilidades específicas de cuidado prolongado.

Plan de Necesidades Especiales

Institucional/Equivalente (SNP) – Un plan que afilia a individuos que viven en la comunidad, pero requieren un nivel de cuidado institucionalizado evaluado por el estado. La evaluación deberá hacerse usando el mismo nivel de evaluación de cuidado aplicable al estado y debe ser administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Si es necesario, este tipo de plan

puede limitar la afiliación a individuos que vivan en facilidades contratadas de vida asistida, para asegurar uniformidad en la prestación de servicios.

Plan de Salud de Medicare – Un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada bajo contrato con Medicare para proveer beneficios de las Partes A y B a personas con Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, Planes de Costos de Medicare, Planes de Necesidades Especiales, Programas de Demostración/Pilotos, y Programas de Cuidado Total para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA) – A veces se le llama Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una compañía privada que establece un contrato con Medicare para proveerle todos sus beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un i). HMO, ii) PPO, un iii) plan privado de tarifa por servicio (PFFS), o un iv) plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen cubierta de medicamentos recetados bajo Medicare Parte D. Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con Cubierta de Medicamentos Recetados**.

Preautorización – Aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan preautorización están señalados en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren preautorización están marcados en el formulario.

Prima – El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan de cuidado de salud por la cubierta de salud o de medicamentos.

Programa de Descuento Medicare para Brecha de Cubierta – Un programa que provee descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos bajo la Parte D a sus afiliados que hayan llegado a la Etapa de

Brecha de Cubierta y que no están recibiendo “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Prostéticos y ortóticos- Aparatos médicos incluyendo, pero no limitando, los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: abrazaderas de brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, incluyendo los suplidos de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de Cuidado Primario (PCP) – El médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de cuidado primario antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado médico.

Proveedor de la Red – “Proveedor” es el término general para los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otras instalaciones de cuidado de la salud que estén autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proveer servicios de cuidado de salud.

“Proveedores del plan” tienen acuerdos con nosotros para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, coordinar o proveer servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan.

Proveedores o Instalaciones Fuera de la Red –

Proveedores o instalaciones que no tienen contrato con nuestro plan para coordinar o proveer servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red del plan no están empleados, no pertenecen, ni son administrados por nuestro plan.

Queja - El nombre formal para “presentar una queja” es “radicar una querella”. El proceso de quejas se utiliza solamente para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de servicio, los tiempos de espera, y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo del proceso de apelación.

Querella – Un tipo de queja que usted hace sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo quejas sobre la calidad de su cuidado. Esto no involucra disputas sobre pagos o cubierta.

Servicios al Afiliado – Un departamento dentro de nuestro plan que se encarga de contestar sus preguntas sobre su afiliación, beneficios, querellas, y apelaciones.

Servicios Cubiertos – El término que utilizamos para definir todos los servicios y suplidos para el cuidado de la salud cubiertos por nuestro plan.

Servicios Cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de

Medicare, deben cubrir todos los servicios que cubren las Partes A y B de Medicare. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de Rehabilitación – Estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios Necesarios de Urgencia – Servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, que se ofrecen cuando los proveedores de la red no están disponibles temporariamente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita cuidado inmediato durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés)– Vea “Ayuda Adicional”.

Tarifa de costo compartido diario – Una tarifa de costo compartido diario se podría aplicar cuando su médico le recete menos del suministro completo de un mes en ciertos medicamentos y se le requiera un copago. Una tarifa de costo compartido diario consta del copago dividido por el número de días de suministro para un mes. Por ejemplo: si el copago de un suministro de un mes por un medicamento es de \$30, y un suministro de un mes en su plan es de 30

días, entonces su tarifa de costo compartido diario será de \$1.

Terapia Escalonada – Una herramienta de utilización que requiere que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico recetó inicialmente.

Servicios al Afiliado de MMM Balance

Método	Servicios al Afiliado – Información de Contacto
LLAME	<p>787-620-2397 (Área Metro) 1-866-333-5470</p> <p>Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Servicios al Afiliado también tiene un servicio de intérpretes de idiomas, disponible para personas que no hablan español.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y es solamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
FAX	787-622-0485
ESCRIBA	<p>MMM Healthcare, LLC Departamento de Servicios al Afiliado PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014</p> <p>Correo electrónico: mmm@mmmhc.com</p>
INTERNET	www.mmmpr.com

Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada (SHIP de Puerto Rico)

La Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada es un programa estatal que recibe dinero del gobierno Federal para ofrecer consultoría local gratuita sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Método	Información de Contacto
LLAME	787-721-6121 o 1-877-725-4300 (Área Metro) 1-800-981-0056 (Región de Mayagüez) 1-800-981-7735 (Región de Ponce)
TTY	787-919-7291 Este número requiere equipo telefónico especial y es solamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA	Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud PO Box 191179 San Juan, PR 00919-1179
INTERNET	www.oppea.pr.gov

Declaración de Divulgación

Según lo dispuesto en la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona estará en la obligación de responder a un instrumento de recolección de datos que no exhiba un número de control vigente emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). Para efectos del presente formulario, dicho número es 0938-1051. Si tiene comentarios o recomendaciones para mejorar este documento, por favor escriba a CMS, 7500 Security Boulevard, a la atención de *PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*