Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Evidencia de Cubierta:

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

Este folleto 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 2022. Le explica cómo obtener cubierta para los servicios de cuidado de salud y los medicamentos recetados que necesite. **Este folleto es un documento legal importante. Por favor, guárdelo en un lugar seguro.**

El plan, PMC Max 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 PMC Max).

Este documento está disponible gratis en español e inglés.

Por favor llame a nuestro número de 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: 1-866-333-5469). El horario es de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

OMB Approval 0938-1051 (Expira: 29 de febrero de 2024)

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 2023.

El formulario, red de proveedores y/o red de farmacia pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Y0049_2022 1150 0011 2_C
MMM-PDG-MIS-268-080621-S

Evidencia de Cubierta de 2022

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado 8

Explica lo que implica ser afiliado de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, la tarjeta de afiliado del plan y cómo mantener actualizado su registro de afiliado.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 46

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan PMC Max y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros médicos para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a

pagar los medicamentos recetados y la Junta de jubilación para ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cubierta del plan para obtener servicios médicos 83

Explica conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como afiliado de nuestro plan. Entre los temas se incluye cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) 119

Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles *no* como afiliado de nuestro plan. También explica la parte que le corresponderá pagar a usted del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cubierta del plan para los medicamentos recetados de la Parte D 286

Explica las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Detalla los tipos de medicamentos que *no*

están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cubierta para determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos recetados. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 340

Explica las tres etapas de la cubierta para medicamentos (Etapa de cubierta inicial, Etapa de Brecha de Cubierta y Etapa de Cubierta Catastrófica) y de qué manera estas etapas influyen en lo que usted debe pagar por los medicamentos. Explica los 5 niveles de costo compartido correspondientes a los medicamentos de la Parte D y se incluye lo que le corresponde pagar a usted en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos el que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos ...382

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 397

Describe sus derechos y responsabilidades como afiliado de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas).....432

Describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como afiliado de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cubierta y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos recetados que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cubierta para medicamentos recetados, y solicitar que sigamos brindándole cubierta para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que la cubierta está terminando demasiado pronto.
- También explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan.

Capítulo 10. Terminando de su afiliación en el plan.....561

Describe cuándo y cómo usted puede cancelar su afiliación en el plan. Además, detalla las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su afiliación.

Capítulo 11. Notificaciones legales 580

Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes .586

Explica los términos clave utilizados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como afiliado

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado

SECCIÓN 1 Introducción 11

Sección 1.1 Usted está afiliado a PMC Max, el cual es un Plan Medicare HMO Plan Punto de Servicio 11

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto *Evidencia de Cubierta*? 12

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cubierta* 12

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser afiliado del plan? 14

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 14

Sección 2.2 ¿Qué es la cubierta de la Parte A y la Parte B de Medicare? 14

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para PMC Max 15

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal 16

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos? 17

Sección 3.1 Tarjeta de afiliado del plan: úsela para obtener todos los medicamentos recetados y cuidados cubiertos 17

Sección 3.2 *Directorio de Proveedores y Farmacias:* su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan 18

Sección 3.3 La Lista de Medicamentos Cubiertos *(Formulario)* del plan.....20
Sección 3.4 La *Explicación de Beneficios Parte D ("Part D EOB", por sus siglas en inglés)*: Informes con un resumen de los pagos hechos por sus medicamentos recetados de la Parte D.....21

SECCIÓN 4 Su prima mensual para PMC Max.....22
Sección 4.1 ¿Cuánto es la prima de su plan? 22

SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la "penalidad por afiliación tardía" a la Parte D?.....24
Sección 5.1 ¿Qué es la "penalidad por afiliación tardía" a la Parte D? 24
Sección 5.2 ¿Cuánto es la penalidad por afiliación tardía a la Parte D?.....25
Sección 5.3 En algunos casos, puede afiliarse tarde y no tener que pagar la penalidad 27
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su penalidad por afiliación tardía a la Parte D? 29

SECCIÓN 6 ¿Tendrá que pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos? 30
Sección 6.1 ¿Quiénes pagan más por la Parte D debido a sus ingresos?.....30
Sección 6.2 ¿De cuánto es la cantidad adicional por la Parte D?.....31

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional por la Parte D? 31
Sección 6.4 ¿Qué pasa si no paga la cantidad adicional por la Parte D? 31

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 32
Sección 7.1 Si usted paga una penalidad por afiliación tardía a la Parte D, hay varias formas en las que puede pagar su penalidad 34
Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año? 38

SECCIÓN 8 Por favor, mantenga actualizado su expediente de afiliación 39
Sección 8.1 Cómo asegurarse de que la información que tenemos sobre usted es correcta 39

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información personal 41
Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 41

SECCIÓN 10 Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan.....42
Sección 10.1 ¿Cuál plan paga primero cuando se tiene otro seguro?.....42

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está afiliado a PMC Max, 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, PMC Max.

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. PMC Max 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 folleto *Evidencia de Cubierta*?

Este folleto *Evidencia de cubierta* describe cómo puede obtener atención médica y los medicamentos recetados cubiertos de Medicare a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar a usted como afiliado del plan.

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

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 folleto sobre la *Evidencia de cubierta*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios al afiliado de nuestro plan (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cubierta*

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de cubierta* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo PMC Max 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 PMC Max desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de PMC Max después del 31 de diciembre de 2022. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar PMC Max 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 (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio).
- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente a los Estados Unidos.

Sección 2.2 ¿Qué es la cubierta de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde lo siguiente:

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de cuidado de salud en el hogar).
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un

médico, tratamiento de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como suplidos y equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para PMC Max

Aunque Medicare es un programa federal, PMC Max 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, comuníquese con Servicios al afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto). 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 2.4 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 PMC Max si no es elegible para seguir siendo afiliado según este requisito. PMC Max debe cancelar su afiliación si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

Sección 3.1 Tarjeta de afiliado del plan: úsela para obtener todos los medicamentos recetados y cuidados cubiertos

Mientras sea un afiliado de nuestro plan, debe usar su tarjeta de afiliado para nuestro plan cada vez que reciba un 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 PMC Max, 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 de rutina.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: si mientras sea afiliado del plan utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de afiliado de PMC Max, usted deberá pagar el costo total de los servicios.

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. (Los números de teléfono de Servicios al afiliado figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2 *Directorio de Proveedores y Farmacias:* su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* enumera los proveedores de la red, farmacias, y los proveedores de equipo médico duradero.

¿Qué son los “proveedores de la red” y “las farmacias de la red”?

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. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan.

Las **farmacias de la red** son las farmacias que han acordado despacharles a los afiliados en nuestro plan los medicamentos recetados cubiertos.

La lista más reciente de los proveedores, farmacias y suplidores también está disponible en nuestra página de Internet: www.mmmpr.com.

¿Por qué debe saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores y farmacias forman parte de nuestra red porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea afiliado de nuestro plan, usted tiene que utilizar los proveedores y farmacias en la red para obtener su cuidado médico, servicios y medicamentos recetados. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no esté disponible (por lo general, cuando usted está fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los cuales PMC Max autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Vea el Capítulo 3 (*Usando la cubierta del plan para sus servicios médicos*) para información más específica sobre la cubierta de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

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.

Si no tiene su copia del Directorio de Proveedores y Farmacias, puede solicitar una a través de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto). Puede pedirle a Servicios al Afiliado más información sobre los proveedores en nuestra red, incluyendo sus calificaciones. También puede ver el Directorio de Proveedores y Farmacias en www.mmmpr.com, o descargarlo de esta página de Internet. Tanto Servicios al Afiliado como la página de Internet pueden brindarle la información más reciente sobre cambios en nuestra red de proveedores y/o farmacias.

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 PMC Max. 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 PMC Max.

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 (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

Sección 3.4 La *Explicación de Beneficios Parte D ("Part D EOB", por sus siglas en inglés)*: Informes con un resumen de los pagos hechos por sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a entender y a llevar un registro de los pagos por sus medicamentos recetados. Este informe resumido se llama la *Explicación de Beneficios Parte D* ("Part D EOB", por sus siglas en inglés).

La *Explicación de Beneficios Parte D* le indica la cantidad total que usted, aquellos en su representación y nosotros hemos pagado por sus medicamentos recetados de la Parte D y el total pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante cada mes

que el beneficio de la Parte D fue utilizado. El EOB Parte D le provee más información sobre los medicamentos que toma, tales como los aumentos en precio y otros medicamentos que pudieran estar disponibles a un costo compartido menor. Debe consultar con quien le recete sobre estas opciones menos costosas. El Capítulo 6 (Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D) le ofrece más información sobre la *Explicación de Beneficios Parte D* y cómo esta puede ayudarle a llevar un registro de su cubierta de medicamentos.

La *Explicación de Beneficios Parte D* también está disponible si lo solicita. Para obtener una copia, por favor comuníquese con Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para PMC Max

Sección 4.1 ¿Cuánto es la prima de su plan?

Usted no paga una prima mensual aparte por PMC Max. Tiene que continuar pagando su prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid u otra fuente pague su prima de la Parte B por usted).

En algunos casos, su prima podría ser <u>mayor</u>

En algunos casos, la prima de su plan podría ser mayor a la cantidad que se menciona anteriormente en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen a continuación.

- A algunos afiliados se les requiere pagar una **penalidad por afiliación tardía a la Parte D** porque no se inscribieron en un plan de medicamentos Medicare cuando se hicieron elegibles por primera vez o porque estuvieron en un período continuo de 63 días o más en el cual no tuvieron cubierta "acreditable" de medicamentos recetados. ("Acreditable" significa una cubierta de medicamentos que se espera, en promedio, pague por lo menos, lo mismo que la cubierta estándar de medicamentos recetados de Medicare.) En el caso de estos afiliados, la penalidad por afiliación tardía a la Parte D se añade a la prima mensual del plan. La cantidad de su prima mensual será la prima mensual del plan más la cantidad de su penalidad por afiliación tardía a la Parte D.
    - Si tiene que pagar la penalidad por afiliación tardía a la Parte D, el costo de la misma dependerá de cuánto tiempo estuvo sin cubierta de la Parte D u otra cubierta acreditable de medicamentos recetados. El Capítulo 1, Sección 5 explica la penalidad por afiliación tardía a la Parte D.
    - Si tiene una penalidad por afiliación tardía a la Parte D y no la paga, se le podría desafiliar del plan.
- Algunos afiliados pudiesen tener que pagar un cargo adicional conocido como Ajuste Mensual por Ingreso de la Parte D, también conocido como IRMAA (por

sus siglas en inglés), porque, hace 2 años, tuvieron un ingreso bruto ajustado por encima de una cantidad específica en su planilla de contribuciones sobre ingreso del Servicio de Rentas Internas. Los afiliados sujetos al IRMAA tendrán que pagar la cantidad estándar de prima y este cargo adicional, el cual se le sumará a su prima. El Capítulo 1, Sección 6 explica IRMAA en detalle.

SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la "penalidad por afiliación tardía" a la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es la "penalidad por afiliación tardía" a la Parte D?

Tenga en cuenta: Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, usted no tendrá pagar una penalidad por afiliación tardía.

La penalidad por afiliación tardía es una cantidad que se añade a su prima de la Parte D. Usted podría deber una penalidad por afiliación tardía a la Parte D si, en algún momento después que su período inicial de afiliación termina, transcurre un período continuo de 63 días o más en el que no tuvo la Parte D u otra cubierta acreditable de medicamentos. (Una "cubierta acreditable de medicamentos recetados" es aquella que cumple con los requisitos mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cubierta estándar de medicamentos de Medicare). El costo de la penalidad por afiliación tardía depende de cuánto estuvo

sin cubierta de Parte D u otra cubierta acreditable de medicamentos recetados. Usted tendrá que pagar esta penalidad mientras tenga cubierta de la Parte D.

Al inicio de su afiliación a PMC Max, le dejaremos saber cuál es la cantidad de la penalidad. Su penalidad por afiliación tardía a la Parte D se considera parte de su prima del plan. Si no paga su penalidad por afiliación tardía a la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

Sección 5.2 ¿Cuánto es la penalidad por afiliación tardía a la Parte D?

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

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que esperó para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare después de hacerse elegible para afiliarse. O, si la interrupción de su cubierta fue de 63 días o más, cuente la cantidad de meses completos en los que no tuvo cubierta acreditable de medicamentos recetados. La penalidad es de 1% por cada mes que estuvo sin cubierta acreditable. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cubierta, la penalidad será de 14%.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos Medicare en la nación del año anterior. Para 2022, esta prima promedio es $33.37.

- Para calcular su penalidad mensual, multiplique el por ciento de la penalidad por la prima mensual promedio y redondeé el número a la décima más cercana. En el ejemplo que aparece aquí, sería 14% por $33.37, que equivale a $4.671. Esto se redondea a $4.67. 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. Si la prima nacional promedio (según determinada por Medicare) aumenta, su penalidad aumentará.
- 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.

Sección 5.3 En algunos casos, puede afiliarse tarde y no tener que pagar la penalidad

Aun cuando haya tardado en afiliarse a un plan con cubierta de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, en algunos casos, no tendrá que pagar la penalidad por afiliación tardía a la Parte D.

No tendrá que pagar una penalidad por afiliación tardía si se encuentra en cualquiera de estas situaciones:

- Usted ya tiene una cubierta de medicamentos recetados que se espera, en promedio, pague como mínimo lo mismo que la cubierta estándar de medicamentos recetados de Medicare. Medicare le llama a esto "**cubierta acreditable de medicamentos"**. Recuerde que:
    - La cubierta acreditable podría incluir una cubierta de medicamentos de un patrono anterior o unión, TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le informará anualmente si su cubierta de medicamentos es acreditable. Esta información le podría llegar por carta o publicarse en un boletín del plan. Guarde esta información porque la podría necesitar si se inscribe en un plan Medicare de medicamentos más adelante.
        - Tenga en cuenta que: Si recibe un "certificado de cubierta acreditable" cuando

su cubierta de salud termine, esto no quiere decir que su cubierta de medicamentos recetados era acreditable. La notificación debe establecer que usted tuvo cubierta ¨acreditable¨ de medicamentos recetados que se esperaba, en promedio, pagara como mínimo lo mismo que paga la cubierta estándar de medicamentos recetados de Medicare.

- Las siguientes *no* son cubiertas acreditables de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratis y páginas en Internet que ofrecen descuentos en medicamentos.
- Para más información sobre cubierta acreditable, por favor refiérase a su *folleto Medicare y Usted* 2022 o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

- Si estuvo sin cubierta acreditable, pero fue por menos de 63 días corridos.
- Si está recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su penalidad por afiliación tardía a la Parte D?

Si está en desacuerdo con su penalidad por afiliación tardía a la Parte D, usted o su representante pueden pedir que reevaluemos nuestra decisión sobre la misma. 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. 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. Llame a Servicios al Afiliado para información sobre cómo proceder (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

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.

SECCIÓN 6 ¿Tendrá que pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quiénes pagan más por la Parte D debido a sus ingresos?

Si su ingreso bruto ajustado modificado según informado en su planilla de contribución sobre ingresos radicada en Hacienda de hace 2 años está por encima de una cantidad específica, usted pagará la cantidad de prima estándar y una cantidad de Ajuste Mensual por Ingreso, también conocida como IRMAA (por sus siglas en inglés). IRMAA es un cargo adicional que se le suma a su prima.

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.**

Sección 6.2 ¿De cuánto es la cantidad adicional por la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI, por sus siglas en inglés), según informado en su planilla de Hacienda, excede una cantidad específica, usted pagará una cantidad adicional, además de su prima mensual del plan. Para más información sobre la cantidad adicional que podría tener que pagar debido a sus ingresos, visite: www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional por la Parte D?

Si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional debido a sus ingresos, 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 6.4 ¿Qué pasa si no paga la cantidad adicional por la Parte D?

La cantidad adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan Medicare) por su cubierta de la Parte D de Medicare. Si por ley se le requiere pagar una cantidad adicional y usted no la paga, se le desafiliará del plan y perderá su cubierta de medicamentos recetados.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

A algunos afiliados se les requiere pagar otras primas de Medicare

A muchos afiliados se les requiere pagar otras primas de Medicare. Según se explicó en la Sección 2, para que sea elegible a nuestro plan tiene que tener tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B. Algunos afiliados del plan (aquellos que no son elegibles para la Parte A sin prima), pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los afiliados del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare. **Tiene que seguir pagando sus primas de Medicare para permanecer afiliado al plan.**

Si su ingreso bruto ajustado modificado según informado en su planilla de contribución sobre ingresos radicada en Hacienda de hace 2 años está por encima de una cantidad específica, usted pagará la cantidad de prima estándar y una cantidad de Ajuste Mensual por Ingreso, también conocida como IRMAA (por sus siglas en inglés). IRMAA es un cargo adicional que se le suma a su prima.

- **Si se le requiere pagar una cantidad adicional y usted no la paga, se le desafiliará del plan y perderá su cubierta de medicamentos recetados.**

- De tener que pagar una cantidad adicional, la Administración del Seguro Social, **no su plan Medicare**, le enviará una carta indicándole cuál será la cantidad adicional.

- Para más información sobre las primas de la Parte D en base a los ingresos, vaya al Capítulo 1, Sección 6 de este folleto. También puede visitar www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O, puede llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia del *folleto Medicare y Usted 2022* tiene información sobre estas primas de Medicare en la sección llamada “Los Costos de Medicare 2022”. La misma explica cómo se diferencian las primas de la Parte B y de la Parte D para personas con diferentes ingresos. Todo el que está inscrito en Medicare recibe una copia del folleto *Medicare y Usted* cada año durante el otoño. Los afiliados nuevos en Medicare la reciben dentro del primer mes de haberse afiliado. También puede descargar una copia del *folleto Medicare y Usted 2022* en la página de Internet de Medicare (www.medicare.gov). O, puede solicitar una copia llamando 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 7.1 Si usted paga una penalidad por afiliación tardía a la Parte D, hay varias formas en las que puede pagar su penalidad

Si se le requiere pagar una penalidad por afiliación tardía a la Parte D, 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: Puede pagar 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: Puede optar porque se debite el pago de su penalidad por afiliación tardía a la Parte D de su cheque del Seguro Social

Puede solicitar que su penalidad por afiliación tardía a la Parte D se debite de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios al Afiliado para más información sobre cómo pagar su penalidad de esta manera. Con gusto, le ayudaremos a implementar esta opción. (Los números de teléfono para Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto).

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. De no recibir su pago de penalidad para el día 15 del mes, le enviaremos una notificación para informarle que su afiliación al plan acabará si no recibimos su pago de penalidad por afiliación tardía a la Parte D 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 a pagar su penalidad. (Los números de teléfono para Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto).

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.

Si cancelamos su afiliación porque no pagó su penalidad por afiliación tardía a la Parte D, entonces no podrá obtener cubierta de la Parte D hasta el año siguiente si se afilia a un nuevo plan durante el periodo de afiliación anual. Durante el periodo de afiliación anual de Medicare, usted tendrá la opción de afiliarse a un plan de medicamentos recetados independiente o a un plan de salud que también provea cubierta de medicamentos. (Si pasa 63 días o más sin cubierta “acreditable” de medicamentos, tal vez tenga que pagar una penalidad por afiliación tardía a 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 de la cantidad de la penalidad 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 hemos cancelado su afiliación por equivocación, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos nuestra decisión mediante una querella. En el Capítulo 9, Sección 10 de este folleto se le indica cómo radicar una querella. Si tuvo una situación de emergencia que estuvo fuera de su control y que causó el que no pudiera pagar penalidad por afiliación tardía a la Parte D dentro del período de gracia, puede solicitarnos el que reconsideremos esta decisión 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 1-866-333-5469. Tiene que hacer su solicitud no más tarde de 60 días después de la fecha en que termina su afiliación.

Sección 7.2 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite comenzar a cobrar una prima mensual de un 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.

En cambio, en algunos casos, es posible que usted tenga que comenzar a pagar o pueda dejar de pagar una penalidad por afiliación tardía. (La penalidad por afiliación tardía podría aplicar si estuvo 63 días o más sin cubierta “acreditable” de medicamentos recetados). 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 8 Por favor, mantenga actualizado su expediente de afiliación

Sección 8.1 Cómo asegurarse de que la información que tenemos sobre usted es correcta

Su expediente de afiliación tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número telefónico. Este 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

Si cualquiera de esta información cambia, por favor, avísenos llamando a Servicios al Afiliado (los teléfonos aparecen impresos al dorso de este folleto).

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.

Lo llamaremos para validar cualquier otra cubierta de seguro que tenga

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. (Para más información sobre cómo funciona nuestra cubierta cuando se tiene otro seguro, vea la Sección 10 de este Capítulo).

Una vez al año, lo llamaremos para verificar cualquier otra cubierta médica o de medicamentos que sepamos que usted tiene. 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 (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

Leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y su información personal de salud. Nosotros protegemos su información personal de salud tal y como lo requieren estas leyes.

Para más información sobre cómo protegemos su información personal de salud, por favor, vea el Capítulo 8, Sección 1.3 de este folleto.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Cuál plan paga primero cuando se tiene otro seguro?

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.

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.

Si usted tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién debe pagar primero o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicios al Afiliado (los teléfonos aparecen impresos al dorso de este folleto). Es posible que tenga que proveer su número de identificación de afiliado a sus otros aseguradores (una vez haya confirmado la identidad de ellos) para que sus cuentas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de PMC Max (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con nuestro departamento de Servicios al Afiliado) 48

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 62

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) 65

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare).....68

SECCIÓN 5 Seguro Social 70

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto, federal y estatal, que ayuda a algunas

personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus gastos médicos).....72

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados 74

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios...78

SECCIÓN 9 ¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro médico de un patrono? 80

SECCIÓN 1 Contactos de PMC Max

(cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con nuestro departamento de 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 PMC Max. Con gusto, le ayudaremos.

Método	Servicios al afiliado - 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. Servicios al Afiliado tiene un servicio gratuito de intérpretes para personas que no hablan español.
TTY	1-866-333-5469 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Método	Servicios al afiliado - 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.
FAX	787-622-0485
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

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

Una decisión de cubierta es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cubierta o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cubierta de su cuidado de salud, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja decisiones de cubierta, apelaciones, quejas*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cubierta.

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	1-866-333-5469 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

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

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cubierta que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación 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	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	1-866-333-5469 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

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
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

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 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. (Si su problema es sobre el pago o la cubierta del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). 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	787-620-2397 (Área Metro)

Método	Quejas sobre el cuidado de salud: información de contacto
	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	1-866-333-5469 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 MEDICARE	Puede presentar una queja sobre PMC Max directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cubierta de los medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cubierta es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cubierta o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados según el beneficio de la Parte D de su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cubierta para medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)).

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	1-866-333-5469 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.

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

Cómo puede comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cubierta que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)).

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	1-866-333-5469 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	www.mmmpr.com

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre los medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras 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. (Si su problema es sobre el pago o la cubierta del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)).

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.

Método	Presentar una queja sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TTY	1-866-333-5469 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 PMC Max 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

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un 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*).

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.
TTY	1-866-333-5469 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	787-622-0485
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

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 Medicamentos Recetados: 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.

Método	Solicitudes de pago por Medicamentos Recetados: información de contacto
TTY	1-866-333-5469 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
ESCRIBA	MMM Healthcare, LLC Departamento de Farmacia PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Correo electrónico: mmm@mmmhc.com
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	1-866-333-5469 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 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 folletos que se pueden imprimir directamente de su

Método	Medicare: información de contacto
	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. También puede utilizar la página de internet para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de PMC Max*:* • **Informe a Medicare sobre su queja:** puede presentar una queja sobre PMC Max directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare

Método	Medicare: información de contacto
	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, la imprimirán y se la enviarán. (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 con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. 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 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 **"Formularios, Ayuda y otros Recursos"** en el extremo derecho del menú en la parte superior
- En el menú desplegable, presione **"Números de teléfono y sitios web"**

- Ahora tiene varias opciones
  - Opción #1: Puede tener un chat en vivo
  - Opción #2: Puede presionar cualquiera de los **"Temas"** en el menú de la parte inferior
  - Opción #3: 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

(la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)

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 el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización 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.
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 comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

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

SECCIÓN 6 Medicaid

(un programa conjunto, federal y estatal, que ayuda a algunas personas con ingresos y

recursos limitados a pagar sus gastos médicos)

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 más información 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

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.

Programa Medicare de Descuento para la Brecha de Cubierta

El Programa Medicare de Descuento para la Brecha de Cubierta provee descuentos de los fabricantes de medicamentos de marca a los afiliados de la Parte D que han llegado a su máximo de brecha de cubierta y que no están recibiendo “Ayuda Adicional”. Para medicamentos de marca, el 70% de descuento que proveen de los fabricantes excluye cualquier tarifa de despacho por costos en la brecha. Los afiliados pagan el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho para medicamentos de marca.

Si usted llega a la brecha de cubierta, aplicaremos el descuento automáticamente cuando su farmacia le facture por su receta, y su Explicación de Beneficios Parte D (EOB de la Parte D) mostrará cualquier descuento que se haya provisto. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cubierta. La cantidad pagada por el plan (el 5%) no cuenta para sus gastos de bolsillo.

También recibirá cubierta limitada para medicamentos genéricos. Si llega a la brecha de cubierta, el plan paga el 75% del precio de medicamentos genéricos y usted paga el restante 25%. La cantidad que paga el plan (75%) por medicamentos genéricos no cuenta como gasto de su bolsillo. Solo la cantidad que usted pague contará y le ayudará a sobrellevar la brecha de cubierta. Además, el cargo por despacho está incluido como parte del costo del medicamento.

El Programa Medicare de Descuento para la Brecha de Cubierta está disponible a través de la nación. Como PMC Max ofrece cubierta adicional de brecha durante la Etapa de Brecha de Cubierta, sus costos de bolsillo serán, en ocasiones, más bajos que los costos descritos aquí. Por favor, vaya al Capítulo 6, Sección 6 para más información sobre su cubierta durante la Etapa de Brecha de Cubierta.

PMC Max 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. Por favor, vaya al Capítulo 6, Sección 2.1 para

más información sobre su cubierta durante la Etapa de Brecha de Cubierta. Nota: Este costo compartido solo aplica a beneficiarios que no cualifiquen para algún programa que le ayude a pagar por sus medicamentos (“Ayuda Adicional”). 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).

Si tiene preguntas sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa Medicare de Descuento Durante la Brecha de Cubierta en general, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso 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)?

¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

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 por

ADAP califican 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.

Si actualmente está inscrito en un programa ADAP, este puede continuar ofreciéndole asistencia con el costo compartido de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para medicamentos incluidos en el formulario de ADAP. Para asegurarse de que continuará recibiendo esta ayuda, por favor, notifíquele a su manejador de caso local de ADAP sobre cualquier cambio de nombre de su plan Parte D de Medicare o el número de póliza. Para obtener información con la oficina de ADAP en Puerto Rico, llame al Departamento de Salud de Puerto Rico, Programa Ryan White Parte B al 787-765-2929, extensiones 5106, 5107, 5114, 5115, 5116, 5117, 5119, 5132, 5135, 5136, 5137 y 5138.

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.

¿Qué pasa si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus

medicamentos recetados? ¿Puede obtener descuentos?

No. Si usted recibe “Ayuda Adicional”, ya usted recibe cubierta para sus medicamentos recetados durante la brecha de cubierta.

¿Qué pasa si no recibe un descuento y piensa que debió haberlo recibido?

Si piensa que ya llegó a la etapa de brecha de cubierta y no recibió un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, debe revisar su próxima Explicación de Beneficios Parte D. Si el descuento no aparece en su Explicación de Beneficios Parte D, debe comunicarse con nosotros para verificar que todos sus expedientes de recetas estén correctos y al día. Si entendemos que no se le debe un descuento, puede hacer una apelación. Su Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada (Programa SHIP) le puede ayudar a preparar la apelación (los teléfonos aparecen en la Sección 3 de este Capítulo); o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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 tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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.

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

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 *no* 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 folleto). 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

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 86

Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”? 86

Sección 1.2 .Normas básicas para obtener el cuidado de salud cubiertos por su plan 87

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener cuidado de salud 90

Sección 2.1 Usted tiene que elegir a un proveedor de cuidado primario (PCP) para que brinde y supervise su cuidado de salud 90

Sección 2.2 ¿Qué tipos de cuidado médico puede obtener sin la aprobación previa de su PCP? 93

Sección 2.3 Cómo obtener cuidado de especialistas y otros proveedores de la red 94

Sección 2.4 .Cómo obtener cuidado de proveedores que estén fuera de nuestra red 97

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de emergencia o cuidados de urgencia o durante un desastre 98

Sección 3.1 Obteniendo cuidado en caso de una emergencia médica 98

Sección 3.2 Cómo obtener cuidado de salud cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios.....101
Sección 3.3 Recibiendo cuidado durante un desastre.....104

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si le facturan directamente por el costo completo de sus servicios cubiertos? 105
Sección 4.1 Usted puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos.....105
Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, tendrá que pagar el costo completo.....105

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos si usted forma parte de un "estudio de investigación clínica"? 107
Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? 107
Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga por qué?.....109

SECCIÓN 6 Reglas para obtener cuidado en una "institución religiosa no médica para el cuidado de la salud" 112
Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud? 112

Sección 6.2 Recibiendo cuidado de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud 112

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero 114

Sección 7.1 ¿Podrá hacerse dueño del equipo médico duradero después de hacer una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan? 114

SECCIÓN 8 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento 116

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? 116

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? 116

Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare? 117

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 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).

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

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ser útiles para que comprenda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como afiliado de nuestro plan:

- 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 y el equipo que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para cuidado médico se encuentran en la tabla de beneficios en el Capítulo 4.

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

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

PMC Max 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 folleto).
- **El cuidado que reciba se considere médicamente necesario**. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suplidos 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). 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 y que los proveedores en nuestra red no pueden ofrecerle, usted puede obtener este cuidado de un proveedor fuera 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 servicios de diálisis renal que obtenga en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporeramente fuera del área de servicio del plan.

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

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

¿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 la aprobación previa 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 de proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores en la red o no estén disponibles o estén inaccesibles (por ejemplo, cuando está temporeramente fuera del área de servicio del plan),
- Servicios de diálisis del riñón que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporeramente 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 ayudarle a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera de nuestra área. Los números de

teléfono de Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto).

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.
- Ortopedas, 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 preautorización 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. Hay un número de razones por las cuales su proveedor pudiera dejar su plan, pero si, en efecto, su doctor o especialista deja su plan, usted tiene algunos derechos y protecciones resumidas a continuación:

- 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 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 apelación de nuestra decisión.

- Si se entera de que su doctor o proveedor dejará el plan, por favor comuníquese con nosotros para poder ayudarle a encontrar un nuevo proveedor que maneje su cuidado.

Si esto pasa, tendrá que cambiarse a otro proveedor que pertenezca a nuestra red. Servicios al Afiliado puede ayudarle a buscar y elegir otro proveedor. Los números de teléfono de Servicios al Afiliado aparacen impreso al dorso de este folleto.

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

Sección 3.1 Obteniendo cuidado en caso de una emergencia médica

¿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, de una extremidad o de la función de una extremidad. 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.
- **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?

Usted puede obtener cuidado médico de emergencia cubierto siempre que lo necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios a través de la cubierta mundial. 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.

Para más información, vea la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Este plan ofrece cuidado de emergencias bajo la cubierta mundial. Por favor, tenga en cuenta que Medicare no provee cubierta para emergencias médicas fuera de los Estados Unidos o sus territorios. Para más información, vea la Tabla de Beneficios Médicos en el Capitulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, nosotros hablaremos con los médicos que le estén brindando cuidado para ayudar a manejar la situación y darle seguimiento a su cuidado. 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. 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 servicios 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"?

Los "servicios de urgencia" son situaciones que no se consideran una emergencia, como una enfermedad imprevista, lesión o condición que requiere cuidado médico inmediato. Los servicios de urgencia pueden ser provistos por proveedores dentro de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores

dentro de la red están temporeramente fuera de su alcance o inaccesibles. La condición imprevista podría ser, por ejemplo, una agudización inesperada de una condición que usted ya sabe que padece**.**

¿Qué pasa si usted está en el área de servicio cuando requiere servicios de urgencia?

Usted siempre debe tratar de obtener los servicios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o están temporeramente inaccesibles y no es razonable esperar para obtener cuidados de su proveedor de la red cuando la red vuelva a estar disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

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.

¿Qué pasa si está fuera del área de servicio cuando requiere servicios de urgencia?

Cuando esté fuera del área de servicio y no pueda obtener cuidado de un proveedor de nuestra red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

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.

En general, 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 de lo que le corresponde 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

PMC Max cubre todos los servicios médicos que sean médicamente necesarios, estos servicios aparecen en la Tabla de Beneficios Médicos del plan (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto), y que se obtengan según las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo completo de los servicios que no estén cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos o porque se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene cualquier pregunta sobre si pagaremos o no por un servicio médico o cuidado que esté considerando,

tiene derecho a preguntarnos sobre esto antes de obtener el servicio. También tiene derecho a solicitarnos esto por escrito. Si le notificamos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su cuidado.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja decisiones de cubierta, apelaciones, quejas*) tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cubierta por parte nuestra o quiere apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar a Servicios al Afiliado para obtener más información (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

Para servicios cubiertos que tienen límites de beneficios, usted 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. Puede llamar a Servicios al Afiliado cuando quiera saber cuánto le falta para agotar su límite de beneficios.

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

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

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. Para probar nuevos procedimientos de cuidado médico o medicamentos, ellos solicitan voluntarios dispuestos a participar en el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a comprobar si un nuevo método funciona y si es seguro.

No todos los estudios de investigación científica están disponibles para los afiliados de nuestro plan. Ante todo, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Luego de que Medicare apruebe el estudio, 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. 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 un 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, **sí debe informárnoslo antes de que comience su participación en dicho estudio.**

Si considera participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios al Afiliado (los números de contacto aparecen impresos al dorso de este folleto) para dejarles saber que estará participando en una prueba clínica y para averiguar detalles específicos de lo que su plan pagará.

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, los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio estarán cubiertos, 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.

Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Luego de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará por parte de los costos. Nosotros pagaremos 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.

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 nosotros pagaríamos los otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, la misma cantidad que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

Para que podamos pagar nuestra parte de los costos, tendrá que enviarnos una solicitud de pago. Junto con su solicitud, tendrá que enviarnos copia de sus Resúmenes de Notificaciones de Medicare u otra documentación que refleje los servicios que recibió como parte del estudio y cuánto debe. Por favor, vea el Capítulo 7 para más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

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 y servicios libres de costo que el estudio le provea a usted o a otros participantes.
- 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. Usted puede optar por obtener cuidado médico en cualquier momento, por cualquier razón. Este beneficio se provee solo para servicios de hospitalización de la Parte A (servicios no médicos de cuidado de la salud). Medicare solo pagará por servicios no médicos de cuidado de la salud provistos por instituciones religiosas no médicas para el 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 PMC Max, 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. En limitadas y específicas circunstancias, transferiremos

la propiedad del artículo de equipo médico duradero (DME) a usted. Llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto) para preguntar sobre los requisitos con los que tiene que cumplir y la documentación que necesita proveer.

¿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.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de equipo médico duradero (DME) bajo Medicare Original *antes* de afiliarse a nuestro plan, sus pagos previos no contarán para cumplir con los 13 pagos consecutivos. Usted tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Medicare Original para hacerse dueño del artículo. En este caso, no hay excepciones cuando usted regresa a Medicare Original.

SECCIÓN 8 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cubierta para el equipo de oxígeno de Medicare, durante el tiempo que esté afiliado, PMC Max 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 PMC Max o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver al dueño.

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?

Su costo compartido para equipo de oxígeno cubierto por Medicare es **0%** de coaseguro cada mes.

Su costo compartido no cambiará después de estar afiliado durante 36 meses en PMC Max.

Si antes de afiliarse en PMC Max, pagó 36 meses de alquiler para la cubierta del equipo de oxígeno, su costo compartido en PMC Max es **0%** de coaseguro.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?

Si vuelve a Medicare Original, comienza un ciclo nuevo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si había pagado alquiler por equipo de oxígeno durante 36 meses antes de afiliarse a PMC Max, se inscribe en PMC Max durante 12 meses y luego vuelve a Medicare Original, pagará el costo compartido total por la cubierta del equipo de oxígeno.

De manera similar, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba afiliado a PMC Max y luego vuelve a Medicare Original, pagará el costo compartido total por la cubierta del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

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

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

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 120

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos 120

Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos? 121

Sección 1.3 Nuestro plan no les permite a los proveedores que le hagan "facturación de saldos" 122

SECCIÓN 2 Use esta *Tabla de Beneficios Médicos* para saber lo que está cubierto y cuánto pagará 124

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como afiliado del plan.....124

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos bajo el plan?.....276

Sección 3.1 Tipos de servicios que *no cubrimos* (exclusiones) 276

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

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

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

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

- El “**copago**” es 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 “**coseguro**” 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 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 coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde. Si considera que se le solicita que pague de manera incorrecta, póngase en contacto con Servicios al afiliado.

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 sobre cuánto 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 (vea la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se llama el costo máximo de bolsillo por servicios médicos.

Como afiliado de PMC Max, la cantidad máxima que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red y fuera de la red en el 2022 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 PMC Max, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Nosotros no permitimos que los proveedores añadan cargos adicionales por separado, lo que se conoce como "facturación de saldos". Esta protección (el que usted nunca pagará más allá de su cantidad de costo compartido) 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 por ciento de los costos totales), entonces nunca paga más de ese por ciento. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que vea:
    - 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).
    - 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).

- Si entiende que un proveedor le ha hecho una “facturación de saldos”, llame a Servicios al Afiliado (los teléfonos están impresos al dorso de este folleto).

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 PMC Max cubre y lo que usted pagará de su bolsillo por cada servicio. 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 y equipo) *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 un proveedor fuera de la red no estará cubierto. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos servicios de un proveedor fuera de la red.
- 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 2022*. 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 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.
- En ocasiones, Medicare añade cubierta para nuevos servicios durante el año bajo Medicare Original. Si, durante el 2022, Medicare añade cubierta para cualesquiera servicios, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Medicare aprobó a PMC Max 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 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 PMC Max participa en el Programa Colaborativo de Cuidado Coordinado Mejorado, usted será elegible para los siguientes servicios de WHP,

incluyendo los servicios de planificación de cuidados avanzados (ACP, por sus siglas en inglés):

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

Información importante sobre beneficios para afiliados con condiciones crónicas

- Si es diagnosticado con la(s) siguiente(s) condición(es) crónica(s) y cumple con unos criterios definidos, usted podría ser elegible para beneficios suplementarios especiales para afiliados con enfermedades crónicas.
    - *Dependencia crónica del alcohol y otras drogas; Trastornos autoimunes limitados a: poliarteritis nodosa, polimialgia reumática, polimiositis, artitis reumatoide y lupus eritematoso sistémico; cáncer, excluyendo condiciones precancerosas o estatus in situ; trastornos cardiovasculares limitados a: arritmias cardíacas, enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico; insuficiencia cardíaca crónica; demencia; diabetes mellitus; enfermedad hepática en etapa terminal; enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) que requiere diálisis; trastornos hematológicos graves limitados a: anemia aplásica, hemofilia, púrpura trombocitopénica inmunológica, síndrome mielodisplásico, enfermedad de células falciformes (excluido el rasgo de células falciformes) y trastorno tromboembólico venoso crónico; VIH / SIDA; trastornos pulmonares crónicos limitados a: asma, bronquitis crónica, enfisema, fibrosis pulmonar e hipertensión*

pulmonar; condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes limitadas a: trastornos bipolares, trastornos depresivos mayores, trastorno paranoide, esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo; trastornos neurológicos limitados a: esclerosis lateral amiotrófica (ELA), epilepsia, parálisis extensa (es decir, hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia), enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, polineuropatía, estenosis espinal y déficit neurológico relacionado con un infarto cerebral; e infarto cerebral.

- Por lo general, los afiliados con las condiciones crónicas antes mencionadas y que cumplen con los criterios médicos, pudieran ser elegibles para los beneficios suplementarios especiales para afiliados con enfermedades crónicas**.**

- Por favor, vaya al renglón “Beneficios Suplementarios Especiales para Afiliados con Enfermedades Crónicas” en la siguiente Tabla de Beneficios Médicos para más detalles.

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

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
🍎 **Detección de aneurisma aórtico abdominal** 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. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	No hay coaseguro, copago o deducible para afiliados elegibles para este examen preventivo. **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

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	$5,000 para servicios fuera de la red.
Acupuntura para dolor crónico de espalda baja Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: Para propósitos de este beneficio, el dolor crónico de espalda baja se define como: • 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	Acupuntura para dolor crónico de espalda baja cubierto por Medicare **$5** de copago Servicios disponibles en las Clínicas Multi-Especialidad **$0** de copago **Fuera de la Red**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• No relacionado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren alguna mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente. El tratamiento tiene que suspenderse si el paciente no mejora o si recae. 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. 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	(Opción Punto de Servicio) **20%** de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • 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. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP / CNS requerido por	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	
Terapias alternativas-Suplementario Usted es elegible para: • Hasta doce **(12)** visitas para servicios de naturópata. • Hasta **$150** cada mes para ser utilizado para la compra de artículos homeopáticos / medicina natural cubiertos a través del catálogo de OTC. Este es un beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para artículos OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina	Terapias alternativas **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
natural) y Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño. Pueden aplicarse límites de cantidad de artículos en cada categoría.	
Servicios de Ambulancia • Servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia aérea (helicóptero y avión) y de ambulancia terrestre a la 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. • 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	<u>Ambulancia de emergencia</u> **$0** de copago por día de servicio independientemente del número de viajes <u>Ambulancia de no-emergencia</u> **$0** de copago por día de servicio independientemente del número de viajes

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. • **Reglas de autorización aplican, excepto para cuidado de emergencia.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	**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 **$5,000** para servicios fuera de la red.
Visita anual de bienestar 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	No hay coaseguro, copago ni deducible por la visita anual de bienestar.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
presente y factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **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 cubierto para la visita anual de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	**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 **$5,000** para servicios fuera de la red.
Medida de densidad de masa ósea Para individuos que cualifiquen (generalmente, esto se refiere a las personas en riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los	No hay coaseguro, copago o deducible para la medida de

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	masa ósea 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 **$5,000** para servicios fuera de la red.
Detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen:	No hay coaseguro, copago o deducible para

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• 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 • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	la detección de cáncer de mama (mamografía). **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 **$5,000** para servicios fuera de la red.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y consejería	Servicios de rehabilitación cardíaca

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. • **Requiere referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	cubiertos por Medicare **$5** de copago Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare **$5** de copago Servicios disponibles en las Clínicas Multi-Especialidad **$0** de copago **Fuera de la Red** (Opción Punto de Servicio)

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.
Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) 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	No hay coaseguro, copago o deducible para visita preventiva de terapia conductual intensiva de enfermedades cardiovasculares.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
asegurarse de que está comiendo saludablemente. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	**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 **$5,000** para servicios fuera de la red.
Prueba de condiciones cardiovasculares 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).	No hay coaseguro, copago o deducible para pruebas de condiciones cardiovasculare

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	s cubiertas una vez cada 5 años. **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 **$5,000** para servicios fuera de la red.
Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen:	No se requiere coseguro, copago ni deducible para

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • 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.**	las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos 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 **$5,000** para servicios fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios Quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • La manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación (dislocación parcial). **Servicios Quiroprácticos - Suplementarios** Además, usted es elegible para: • Hasta ocho **(8)** visitas suplementarias para servicios quiroprácticos rutinarios, con un límite máximo del plan de hasta **$1,000** por año. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para servicios cubiertos fuera de la red.**	Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare **$5** de copago por visita Servicios quiroprácticos suplementarios **$5** de copago por visita Servicios disponibles en las Clínicas Multi-Especialidad **$0** de copago **Fuera de la Red**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	(Opción Punto de Servicio) **20%** de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para personas de 50 años o más, lo siguiente está cubierto: • La sigmoidoscopía flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes cada 12 meses: • Análisis de sangre oculta en excreta con guayacol (gFOBT)	No hay coaseguro, copago o deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Examen diagnóstico colorrectal basado en ADN cada 3 años Para personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Prueba diagnóstica de colonoscopía (o enema de bario diagnóstica como alternativa) cada 24 meses. Para personas que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Una colonoscopía diagnóstica cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses después de una sigmoidoscopía de detección. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	cubierta por Medicare. <u>Enema de bario cubierta por Medicare</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 **$5,000** para servicios fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Nosotros cubrimos: **Servicios Dentales cubiertos por Medicare** Servicios cubiertos por Medicare, como algunos servicios dentales que recibe cuando está en un hospital si necesita procedimientos dentales complicados o de emergencia. **Servicios Dentales Preventivos y Diagnósticos - Suplementario**	Servicios dentales cubiertos por Medicare **0%** de coaseguro Servicios dentales preventivos y diagnósticos suplementarios: **$0** de copago por visita a la oficina que puede incluir una combinación de los siguientes

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• 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) 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. Otras evaluaciones dentales no están cubiertas.	servicios cubiertos: • Evaluaciones orales • Profilaxis (Limpieza) • Tratamiento de fluoruro • Radiografías dentales <u>Servicios diagnósticos</u> **0%** de coaseguro <u>Servicios dentales comprensivos suplementarios:</u> <u>Servicios de restauración</u> **0%** de coaseguro

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• 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 *full mouth* 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 o radiografía de aleta de mordida. • 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.	<u>Endodoncia</u> **0%** de coaseguro <u>Periodoncia</u> **0%** de coaseguro <u>Extracciones</u> **0%** de coaseguro <u>Cirugía oral y maxilofacial</u> **0%** de coaseguro <u>Servicios paliativos</u> **0%** de coaseguro

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Prueba de vitalidad - Una (1) cada seis (6) meses por cuadrante. • 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. • Visita al hogar para servicios para aquellos asegurados que requieran atención médica inmediata y que estén imposibilitados de asistir a una oficina médico dental. Servicios no mencionados arriba, no están cubiertos por el plan. **Servicios Dentales Comprensivos – Suplementarios** Este plan tiene un límite máximo de hasta **$1,500** por año para los	Servicios de prostodoncia **0%** de coaseguro Servicios disponibles en las Clínicas Multi-Especialidad **$0** de copago **Fuera de la Red** (Opción Punto de Servicio) Servicios dentales preventivos y suplementarios: **20%** de coaseguro por

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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. **Servicios de restauración:** • Restauraciones en amalgama, resina o su reemplazo, cubiertas 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	servicios cubiertos fuera de la red. Servicios dentales cubiertos por Medicare y servicios dentales comprensivos suplementarios: **50%** de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
superficies adicionales en un periodo de seis (6) meses, solamente se considerarán las superficies añadidas. Las áreas previamente restauradas serán responsabilidad del afiliado. • Restauración protectora bajo sedación - Para dientes con caries profundas para aliviar el dolor y promover la curación. Limitado cada veinte cuatro (24) meses. Deben haber transcurrido por lo menos cuatro (4) semanas antes de colocar la restauración final. • 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.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Reemplazo de coronas individuales cubierto cada cinco (5) años con documentación de justificación requerida (“by report”). o Corona Individual (corona temporera) - Resina o Corona Individual - Porcelana fundida en metal noble y/o altamente noble o Corona Individual - Porcelana/cerámica 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. Los servicios no mencionados no están cubiertos por el plan. • **Reglas de autorización aplican para coronas individuales.** **Servicios de endodoncia:**	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Un (1) tratamiento por diente por vida para cada servicio. Excluye la repetición del tratamiento. • *Root canal* (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). • 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	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
hidróxido de calcio. (Cubierto en dientes permanentes solo cuando lo realiza un proveedor diferente (especialista) y un consultorio dental diferente) Los rayos X se incluyen como parte del tratamiento y pago de la terapia del canal radicular. Solo se reconocerá el pago de un nuevo tratamiento por diente de por vida. 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. No se aprobará una predeterminación de retratamiento, si el servicio es realizado por el mismo dentista / mismo consultorio antes de los tres	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
años del tratamiento de endodoncia original. Se aprobará el retratamiento si lo realiza otro dentista y / u otro consultorio, incluyendo informe y radiografías. No se reconocerá como pago el retratamiento endodontal cuando se realice con fines preventivos en dientes asintomáticos, que no presenten patología clínica y radiográficamente evidente. Los servicios no mencionados no están cubiertos por el plan. **Servicios de periodoncia:** • Limpieza periodontal - Una (1) cada seis (6) meses y se cubrirá siempre y cuando el paciente tenga historial previo de tratamiento de periodontal.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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. • Gingivectomía o gingivoplastía – 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	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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. Los servicios de periodoncia deben tener un informe que evidencie la necesidad clínica (*by report*) y radiografías pre-operatorias y registro (*charting*) periodontal clínico. El injerto óseo / la membrana no están cubiertos. Todos los demás servicios de periodoncia no están cubiertos. Los servicios no mencionados no están cubiertos por el plan. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de cirugía oral y maxilofacial: 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. • 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.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• 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 extraoral - Uno (1) por cuadrante por año. • 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.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• 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.** **Servicios paliativos:** • Aplicación de desensibilizante en superficie cervical o raíz- Uno (1) cada seis (6) meses. • Tratamiento para complicaciones postquirúrgicas. Los servicios paliativos deben tener un informe que evidencie la necesidad clínica (*by report*).	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de prostodoncia: <u>Prostodoncia removible</u> • 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 en base flexible (termoplásticas) no están cubiertas para las dentaduras completas y están limitados por cualquier otra prótesis removible, y viceversa. • 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	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
de seis (6) meses de la fecha de inserción. 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 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. Todos los demás servicios de prótesis dental no están cubiertos. Los servicios que no se mencionan	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
anteriormente no están cubiertos por el plan. <u>Dentaduras fijas</u> • Pónticos y retenedores para coronas cubiertos uno (1) por diente, de por vida. o Retenedor de corona - porcelana fundida en metal altamente noble. o Retenedor de corona - fundido en metal noble. o Retenedor de corona - Porcelana / cerámica. o Póntico - porcelana fundida en metal altamente noble. o Póntico - Porcelana fundida en metal noble. o Póntico - Porcelana / cerámica. Para la aprobación del pago, se debe enviar radiografías previas y posteriores junto a la firma del afiliado	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
y del dentista. La anestesia local se considera parte de los procedimientos de prótesis fijas. <u>Implantes</u> ○ Colocación quirúrgica del cuerpo del implante, implante endóseo y cirugía de implante de segunda etapa, cubierto uno (1) por diente de por vida. ○ 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). 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	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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. 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. • **Reglas de autorización aplican para los servicios de prostodoncia.** MMM no será responsable y no aceptará ni pagará ningún tratamiento	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
dental o trabajo dental realizado directamente por un técnico de laboratorio dental. Esto se considera una práctica dental ilegal. Para obtener más información sobre su cubierta dental, comuníquese con Servicios al Afiliado.	
Prueba diagnóstica de depresión 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. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	No hay coaseguro, copago o deducible para la visita anual de detección de depresión. **Fuera de la Red** (Opción Punto de Servicio) **20%** de coaseguro por servicios

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.
Prueba diagnóstica de diabetes 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.	No hay coaseguro, copago o deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. **Fuera de la Red** (Opción Punto de Servicio)

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
En base a los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para un máximo de dos pruebas diagnósticas de diabetes cada 12 meses. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	**20%** de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.
Adiestramiento para el automanejo de la diabetes, servicios y suplidos para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (tanto para usuarios como para no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suplidos para monitorear su glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa, dispositivos para	Adiestramiento para el automanejo de la diabetes cubierto por Medicare **$0** de copago Monitoreo de diabetes, servicios y

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 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. • El adiestramiento para automanejo de la diabetes está cubierto en algunas condiciones. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	suplidos de diabetes y zapatos terapéuticos y/o plantillas **0%** de coaseguro **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 **$5,000** para servicios fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suplidos relacionados (Para una definición de "equipo médico duradero", véase el Capítulo 12 de este folleto). 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. Cubrimos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios	Beneficios cubiertos por Medicare: Suplido de equipo médico duradero **0%** de coaseguro Silla de ruedas **0%** de coaseguro Cama de hospital uso en el hogar **0%** de coaseguro

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no dispone de una marca o fabricante determinado, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Silla de rueda motorizada **10%** de coaseguro Otro equipo médico duradero **0%** de coaseguro **Fuera de la Red** (Opción Punto de Servicio) **20%** de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.
Cuidado de emergencia Cuidado de emergencia se refiere a los servicios que son: • Provistos por un proveedor cualificado para ofrecer servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. 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, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden	<u>Servicios de emergencia cubiertos por Medicare</u> **$40** de copago por visita a sala de emergencia De ser admitido al hospital dentro de un (1) día por la misma condición, paga $0 por la visita a la sala de emergencia. <u>Servicios de emergencia</u>

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
deberse a una enfermedad, lesión, dolor grave o a una condición médica que empeora rápidamente. 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. Este plan incluye visitas de cuidado de emergencia/urgencia mundial como beneficio suplementario, con una cantidad máxima del plan de $500.	mundial suplementarios **$100** de copago por visita a la sala de emergencia. Si es admitido al hospital, no tendrá que pagar el copago. Si recibe cuidados de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidados como paciente hospitalizado después de que

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	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 pagaría en un hospital en la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Programas de educación sobre la salud y el bienestar 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: • Línea directa de enfermería. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. • Materiales impresos de educación en salud • Adiestramiento nutricional	Programas de educación sobre la salud y el bienestar **$0** de copago
Servicios de audición Las evaluaciones diagnósticas de audición y de equilibrio hechas por su	Servicios de audición

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado ambulatorio cuando son provistas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. **Servicios de audición - Suplementarios** Además, usted es elegible para: • Un **(1)** examen rutinario de audición suplementario por año; • Hasta **$1,000** cada tres **(3)** años para ser usados para la compra de aparatos auditivos para ambos oídos- combinados; • Un **(1)** ajuste/evaluación de aparato auditivo suplementario por año. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	cubiertos por Medicare **$0** de copago Servicios auditivos suplementarios **$0** de copago Beneficio de aparatos auditivos suplementario **$0** de copago Servicios de ajuste/evaluación de aparatos auditivos suplementario **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Servicios disponibles en las Clínicas Multi-Especialidad **$0** de copago **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 **$5,000** para servicios fuera de la red.

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 **$5,000** para servicios fuera de la red.

Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño– Suplementarios Usted es elegible para: • Hasta **$150** cada mes para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC. o Alfombra de baño médica o Asiento de inodoro elevado o Cabezal de ducha de mano o Alcanzador o Luz de noche Este es un beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para artículos fuera de recetario, terapias alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural) y dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño. Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.	Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de salud en el hogar por agencias de cuidado de salud 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. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • 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	Servicios de salud en el hogar por agencias de cuidado de salud **$0** de copago **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 **$5,000**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
ayudante de salud en el hogar deben sumar menos de **8** horas por día y **35** horas por semana) • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suplidos médicos • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	para servicios fuera de la red.
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	Terapia de infusión en el hogar **0%** de coaseguro **Fuera de la Red**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
(por ejemplo, una bomba), y suplidos (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • 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.**	(Opción Punto de Servicio) **20%** de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	
Cuidado de hospicio Podría recibir cuidado de salud de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. 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. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los **Servicios de Cuidados Paliativos** se ofrecen a afiliados con enfermedades potencialmente mortales. El Plan trabajará en colaboración con su médico primario (PCP) y su Manejador de Casos asignado para determinar el nivel de cuidado que puede necesitar	Cuando 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 PMC Max. **Dentro y fuera de la red**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
de acuerdo con su condición, tratamiento y resultados de la evaluación de atención / funcionalidad. El Programa de Cuidados Paliativos lo ayudará a comprender qué servicios estarán disponibles para usted bajo este programa, dónde puede encontrar proveedores de cuidados paliativos y de hospicio participantes y cómo el Plan se asegurará de que continúe recibiendo servicios clínicos y cualquier tratamiento que esté recibiendo durante la transición a hospicio. Una vez comience el beneficio de hospicio, PMC Max 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	Medicamentos recetados y biológicos cubiertos por Medicare **5%** de coaseguro (**$5** máximo) Servicios de respiro al cuidador cubierto por Medicare **5%** de coaseguro por día (**$5** máximo por día) Todos los demás servicios de cuidado paliativo y

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
pacientes hospitalizados. Para aquellos afiliados que puedan necesitar cuidado simultáneo de transición para cualquier tratamiento clínico en curso, PMC Max 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. El Manejador de Casos que se le asigne como parte de su programa de cuidados paliativos y hospicio identificará si se necesita alguna autorización previa relacionada con el cuidado simultáneo de transición y se coordinará según corresponda. Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de médicos • Cuidado paliativo previo al hospicio	hospicio cubiertos por Medicare **$0** de copago Las consultas de hospicio forman parte del Cuidado Hospitalario. Puede aplicar el costo compartido para servicios de médicos a las consultas ambulatorias. Es posible que apliquen costos compartidos para otros servicios no relacionados

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Cuidado paliativo completo • 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 • 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,	con su diagnóstico terminal; consulte la sección correspondiente dentro de esta tabla.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
según lo recomendado por el equipo de cuidados paliativos del plan. 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 terminal: PMC Max pagará por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de Parte A o B relacionados con su diagnóstico terminal. Para los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no están relacionados con su diagnóstico terminal: 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:	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted solo paga el costo compartido para los servicios dentro de la red • 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) <u>Para los servicios que están cubiertos por PMC Max, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B:</u> PMC Max 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. <u>Para medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Parte D</u>	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
del plan: Todos los medicamentos están cubiertos por nuestro plan. Para más información, refiérase al Capítulo 5, Sección 9.4 (Qué pasa si usted está en un hospicio certificado por Medicare). PMC Max no impondrá ningún límite de dinero o restricciones de política a aquellos afiliados que opten por inscribirse en el Programa de Cuidados Paliativos y Hospicio, siempre que cumplan con los criterios de inscripción establecidos por Medicare y por el programa. **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. Nuestro plan cubre los servicios de consulta en el hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio, pero que pudiese ser elegible y estar considerándolo junto con su familia o cuidador.	
Vacunación Los servicios cubiertos por Medicare Parte B incluyen: • Vacuna contra la pulmonía. • Vacunas contra la influenza, cada temporada de influenza, en otoño e invierno, con vacunas adicionales si son médicamente necesarias. • 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.	No hay coaseguro, copago o deducible para vacunas de pulmonía, influenza, hepatitis B y COVID-19. **Fuera de la Red** (Opción Punto de Servicio) **20%** de coaseguro por servicios

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.
Cuidado hospitalario 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.	Servicios recibidos en un hospital de la red Su costo compartido aplica el día de la admisión. Sus costos por servicios pueden variar

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
El plan cubre un número ilimitado de días de hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • 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 cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios) • 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	dependiendo del nivel de la facilidad. <u>Nivel 1: Red Preferida</u> **$0** de copago por estadía, incluyendo UNIDAD DORADA <u>Nivel 2: Red General</u> **$50** de copago por estadía Usted no paga nada por día desde el día 91 en adelante. Si recibe cuidados hospitalarios

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• 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 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,	autorizados en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. **Fuera de la Red** (Opción Punto de Servicio) **20%** de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 PMC Max 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 transportación y alojamiento adecuado para usted y un acompañante. • 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	Este plan tiene un límite máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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. **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 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. También puede encontrar más información en la hoja educativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
del hospital? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la página de Internet: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-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. • **Reglas de autorización aplican excepto en una emergencia.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	
Cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización.	Servicios recibidos en un hospital de la red

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• 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. • 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.**	Su costo compartido aplica el día de la admisión. **$50** de copago por admisión o estadía **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 **$5,000**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	para servicios fuera de la red.
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 El plan cubre un número ilimitado de días de hospitalización y hasta 100 días de cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF). 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	Servicios de Médicos Favor hacer referencia a la sección “Servicios médicos/profesionales, incluyendo visitas a la oficina del médico” en esta tabla. Servicios diagnósticos y de radiología, Vendajes y Férulas

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios de médicos • Exámenes diagnósticos (como pruebas de laboratorio) • Rayos X, radioterapia y terapia de isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos • Vendajes quirúrgicos • 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	Favor hacer referencia a la sección "Pruebas ambulatorias de diagnóstico y artículos y servicios terapéuticos" en esta tabla. <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

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello, bragueros (*trusses*) 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 • 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.**	relacionados" en esta tabla. Prostéticos, dispositivos ortopédicos y suplidos médicos/terapéuticos para pacientes ambulatorios Favor hacer referencia a la sección "Prótesis y suplidos relacionados" en esta tabla. Servicios de terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	Favor hacer referencia a la sección "Servicios ambulatorios de rehabilitación" en esta tabla. **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 **$5,000** para servicios fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Terapia médica de nutrición 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. 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.	No hay coaseguro, copago o deducible para beneficiarios elegibles para servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare. **Fuera de la Red** (Opción Punto de Servicio) **20%** de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Este plan tiene un límite máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.
Programa Medicare para la prevención de la diabetes (MDPP, por sus siglas en inglés) 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. MDPP en una intervención estructurada para cambiar los hábitos de salud que proporciona adiestramiento para un cambio dietético a largo plazo, aumentar la	No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio del Programa Medicare para la Prevención de la Diabetes (MDPP, por sus siglas en inglés).

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
actividad física y estrategias para enfrentar y superar los retos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida sano. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para servicios cubiertos fuera de la red.**	**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 **$5,000** para servicios fuera de la red.
Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los afiliados de nuestro plan reciben cubierta para estos medicamentos a	Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare **0%** de coaseguro

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • 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 servicios en un centro quirúrgico ambulatorio • 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	<u>Otros medicamentos de la Parte B de Medicare</u> **10%** de coaseguro <u>Antibióticos para infusión en el hogar</u> **0%** de coaseguro por antibióticos para infusión en el hogar, medicamentos especializados (por ejemplo: Remicade, Prolia, Boniva y Orencia) administrados a través de infusión en el

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• 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 • 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 médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de eritropoyetina (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa)	hogar y otros medicamentos de continuidad en el hogar luego de un alta hospitalaria. Terapia Escalonada puede aplicarse de Parte B a Parte B. **Fuera de la Red** (Opción Punto de Servicio) **20%** de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria El siguiente enlace lo llevará a a lista de medicamentos bajo la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: https://www.mmmpr.com/planes-medicos/formulario-medicamentos También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. 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.	máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	
Beneficio nutricional / dietético - Suplementario Usted es elegible para: • Hasta seis **(6)** visitas al nutricionista por año. Se cubren ambas sesiones (individual y grupal).	Beneficio nutricional / dietético suplementario **$0** de copago
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si tiene un índice de masa corporal de 30 o mayor, cubrimos consejería intensiva para ayudarle 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.	No hay coaseguro, copago o deducible para la prueba preventiva de detección de obesidad y terapia.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Hable con su médico o profesional de cuidado primario para obtener más información. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	**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 **$5,000** para servicios fuera de la red.
Programa de Servicios para el Tratamiento de Opioides 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	Programa de Servicios para el Tratamiento de Opioides **10%** de coaseguro

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • 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) • 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.**	Servicios disponibles en las Clínicas Multi-Especialidad **$0** de copago **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 **$5,000** para servicios fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	
Pruebas ambulatorias de diagnóstico y artículos y servicios terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • 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	Procedimientos y pruebas diagnósticas cubiertas por Medicare **0%** de coaseguro Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare: Servicios de laboratorio patológico quirúrgico **10%** de coaseguro

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 comenzando con la primera pinta de sangre usada. • Otras pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Servicios de estudios citogenéticos **20%** de coaseguro Otros servicios de laboratorios **0%** de coaseguro Servicios de rayos X cubiertos por Medicare **$0** de copago Servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	Servicios de radiología diagnóstica cubiertos por Medicare: CT Scans **$15** de copago MRI, PET y radiología de intervención, medicina nuclear y otros procedimientos especializados **$25** de copago Servicios disponibles en las Clínicas Multi-Especialidad

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	$0 de copago Servicios de sangre cubiertos por Medicare **$0** de copago Suplidos médicos cubiertos por Medicare **0%** de coaseguro **Fuera de la Red** (Opción Punto de Servicio) **20%** de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	Este plan tiene un límite máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.
Observación para Pacientes Ambulatorios en el Hospital 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. 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	Observación para Pacientes Ambulatorios en el Hospital cubierto por Medicare Sus costos por servicios de observación pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad. Nivel 1: Red Preferida

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
por el estado y por los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes o para ordenar pruebas ambulatorias. **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. 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	**$0** de copago por servicios de observación Nivel 2: Red General **$50** de copago por servicios de observación **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 **$5,000**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
disponible en la página de Internet www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-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. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	para servicios fuera de la red.
Servicios ambulatorios en el hospital Cubrimos servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.	Servicios cubiertos por Medicare en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • 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	**$25** de copago por visita <u>Servicios de emergencia</u> Favor hacer referencia a la sección “Cuidado de Emergencia” en esta tabla. <u>Cirugía ambulatoria</u> Favor hacer referencia a la sección “Cirugías ambulatorias, incluyendo los servicios provistos en instalaciones ambulatorias

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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. 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 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE	del hospital y en centros de cirugía ambulatoria” en esta tabla. Laboratorios y pruebas diagnósticas, rayos x, servicios de radiología y suplidos médicos Favor hacer referencia a la sección “Pruebas ambulatorias de diagnóstico y artículos y servicios terapéuticos” en esta tabla.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
(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. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	<u>Cuidado de salud mental y hospitalización parcial</u> Favor hacer referencia a las secciones “Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios” y “Servicios de hospitalización parcial” en esta tabla. <u>Cuidado para la dependencia química</u> Favor hacer referencia a la sección “Servicios

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	ambulatorios contra el abuso de sustancias" en esta tabla. Medicamentos que no puede auto-administrarse Favor hacer referencia a la sección "Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare" en esta tabla. **Fuera de la Red** (Opción Punto de Servicio) **20%** de coaseguro por

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.
Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: 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,	Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare: Visitas al Psiquiatra **$5** de copago por cada sesión

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
según lo permitan las leyes estatales aplicables. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	de terapia individual **$5** de copago por cada sesión de terapia grupal Visitas a Otros Especialistas **$5** de copago por cada sesión de terapia individual **$5** de copago por cada sesión de terapia grupal Servicios disponibles en las Clínicas

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	Multi-Especialidad **$0** de copago **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 **$5,000** para servicios fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios ambulatorios de rehabilitación Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. 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). • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Servicios de Terapia Ocupacional cubiertos por Medicare **$4** de copago Servicios de terapia física o del habla y/o lenguaje cubiertos por Medicare **$4** de copago Servicios disponibles en las Clínicas Multi-Especialidad **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	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 **$5,000** para servicios fuera de la red.
Servicios ambulatorios contra el abuso de sustancias El plan cubre visitas individuales y grupales para tratamiento contra el abuso de sustancia.	Servicios ambulatorios contra el abuso de sustancias

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	cubiertos por Medicare **$5** de copago por cada visita de terapia individual **$5** de copago por cada visita de terapia grupal Servicios disponibles en las Clínicas Multi-Especialidad **$0** de copago **Fuera de la Red** (Opción Punto de Servicio)

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	20% de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.
Cirugías ambulatorias, incluyendo los servicios provistos en instalaciones ambulatorias en un hospital y en centros de cirugía ambulatoria **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	Servicios en Centro de Cirugía Ambulatoria cubiertos por Medicare **$0** de copago Servicios en instalaciones ambulatorias

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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". • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	cubiertos por Medicare **$25** de copago por visita Servicios de observación cubiertos por Medicare Sus costos por servicios de observación pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad. Nivel 1: Red Preferida **$0** de copago por servicios de observación Nivel 2: Red

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	General **$50** de copago por servicios de observación **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 **$5,000** para servicios fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC, por sus siglas en inglés) - Suplementario Usted es elegible para: • Un máximo de **$150** cada mes para ser usado en la compra de artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés) de salud y bienestar que incluyen: 1. Vitaminas y minerales 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	Medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC, por sus siglas en inglés) suplementarios **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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) Usted tiene que utilizar la cantidad máxima de la cuota asignada a este beneficio ya que estas cantidades no se acumulan. El plan cubrirá el artículo y el afiliado será responsable de pagar cualquier impuesto aplicable y/o cantidad que sobrepase el beneficio máximo.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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. Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.	
Servicios de hospitalización parcial 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. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Servicios de hospitalización parcial **$0** de copago **Fuera de la Red** (Opción Punto de Servicio) **20%** de coaseguro por servicios

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.
Servicios médicos/terapéuticos, incluyendo las visitas a la oficina del médico Los servicios cubiertos incluyen: • 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	Servicios del Proveedor de Cuidado Primario **$0** de copago por visita Servicios de Especialistas Sus costos por visitas a especialistas pueden variar dependiendo

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• 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 Multiespecialidad ○ 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 red que ofrezca el servicio mediante telesalud. • 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.	del nivel de su proveedor. <u>Nivel 1: Red Preferida</u> **$0** de copago por cada visita a especialistas <u>Nivel 2: Red General</u> **$3** de copago por cada visita a especialistas <u>Servicios de Otros Profesionales de la salud</u> **$5** de copago por visita <u>Servicios disponibles en</u>

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• 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 salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Consulta virtual de 5-10 minutos (por ejemplo, mediante teléfono o vídeo-llamada/chat) con su médico **si**:	las Clínicas Multi-Especialidad **$0** de copago Servicios adicionales de telesalud disponibles en las Clínicas Multi-Especialidad **$0** de copago **Fuera de la Red** (Opción Punto de Servicio) **20%** de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
○ 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	Este plan tiene un límite máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.
• 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	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
de las próximas 24 horas o la cita que más pronto esté disponible • 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)	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	
Servicios Podiátricos Los servicios cubiertos incluyen: • 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 **Servicios Podiátricos - Suplementarios** Además, usted es elegible para: • Hasta seis **(6)** visitas suplementarias para servicios podiátricos por año	Servicios podiátricos cubiertos por Medicare **$5** de copago por visita Servicios podiátricos suplementarios **$5** de copago por visita Servicios disponibles en las Clínicas Multi-Especialidad **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	**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 **$5,000** para servicios fuera de la red.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Los siguientes servicios están cubiertos una vez cada 12 meses para hombres de 50 años o más: • Examen rectal digital	No hay coaseguro, copago o deducible para la prueba de PSA anual.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• 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.**	Examen Rectal Digital **$0** de copago por un examen rectal digital anual. **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 **$5,000** para servicios fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prótesis y suplidos relacionados 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 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. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Aparatos prostéticos cubiertos por Medicare **0%** de coaseguro Suplidos médicos cubiertos por Medicare **0%** de coaseguro **Fuera de la Red** (Opción Punto de Servicio) **20%** de coaseguro por servicios

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para afiliados que tienen enfermedad pulmonar obstructiva 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. • **Requiere referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare **$5** de copago Servicios disponibles en las Clínicas Multi-Especialidad **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	**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 **$5,000** para servicios fuera de la red.
Diagnóstico y consejería para reducir el consumo excesivo de alcohol Cubrimos una evaluación diagnóstica de abuso de alcohol para adultos que tienen Medicare (incluyendo mujeres embarazadas) que abusan del	No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio de diagnóstico y

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
alcohol, pero que no son dependientes del alcohol. 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. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	consejería para reducir el abuso de alcohol cubierto 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 **$5,000** para servicios fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Examen de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computadorizada de dosis baja (LDCT, por sus siglas en inglés) Para pacientes que cualifiquen, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Afiliados elegibles son:** Personas de 55 a 77 años de edad que no tienen señales o síntomas de cáncer de pulmón, pero con historial de fumar tabaco de, al menos, 30 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 profesional no-médico cualificado. *Para exámenes LDCT de detección de cáncer de pulmón después de la*	No hay coaseguro, copago o deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas para la LDCT 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

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
imagen LDCT inicial: 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. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas 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. También cubrimos, cada año, hasta 2 sesiones de alta intensidad, en persona, de 20 a 30 minutos de duración, de orientación sobre la conducta a adultos sexualmente	No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio de detección de ITS y consejería preventiva de ITS cubiertos 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

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre las enfermedades del riñón para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a los afiliados a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para afiliados con	Servicios de educación sobre enfermedades renales **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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. • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluyendo los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporeramente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3) • 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 que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suplidos para diálisis en su hogar	Servicios de diálisis: Diálisis Peritoneal **20%** de coaseguro Otros servicios de diálisis **20%** de coaseguro **Fuera de la Red** (Opción Punto de Servicio) **20%** de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• 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 ayudarle en emergencias y para revisar su equipo de diálisis y el suplido de agua) 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”. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Este plan tiene un límite máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Cuidado en Centros de Enfermería Especializada (SNF) (Para la definición de “Cuidado en Centros de Enfermería Especializada”, consulte el Capítulo 12 de este folleto. Los centros de enfermería especializada en ocasiones se conocen como SNFs, por sus siglas en inglés). El plan cubre hasta 100 días en un SNF. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semi-privada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla	Su costo compartido aplica el día de la admisión. Cuidado en Centros de Enfermería Especializada **$0** de copago por admisión o estadía **Fuera de la Red** (Opción Punto de Servicio) **20%** de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• 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 cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suplidos médicos y quirúrgicos provistos normalmente por los SNFs	Este plan tiene un límite máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• 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 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. • Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro con atención continua en la que usted vivía antes de ir al hospital (siempre y	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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.**	
Cesación de fumar y de consumo de tabaco (consejería para dejar de fumar o de consumir tabaco) Si usa tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: Cubrimos dos intentos de consejería de cesación dentro de un período de 12 meses como un servicio de prevención sin costo alguno para usted. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas en persona.	No hay coaseguro, copago o deducible para los beneficios preventivos de cesación de fumar y consumo de tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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: 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. **Cesación de fumar y de consumo de tabaco (consejería para dejar de fumar o de consumir tabaco) - Suplementario** Además, usted es elegible para: • Un máximo de nueve **(9)** sesiones adicionales de consejería para	Servicios suplementarios de consejería para dejar de fumar y de consumir de tabaco: **$0** de copago **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 **$5,000**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
dejar de fumar o de consumir tabaco. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	para servicios fuera de la red.
Beneficios Suplementarios Especiales para Afiliados con Enfermedades Crónicas Afiliados con las siguientes condiciones crónicas, que cumplan con criterios médicos específicos, pueden ser elegibles para beneficios suplementarios especiales para afiliados con enfermedades crónicas: *Dependencia crónica de alcohol y otras drogas; Trastornos autoimunes limitados a: poliarteritis nodosa, polimialgia reumática, polimiositis, artitis reumatoide y lupus eritematoso sistémico; Cáncer, excluyendo*	Beneficios Suplementarios Especiales para Afiliados con Enfermedades Crónicas **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
condiciones precáncer o estado in situ; Trastornos cardiovasculares limitados a: arritmias cardíacas, enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico; Insuficiencia cardíaca crónica; Demencia; Diabetes mellitus; Enfermedad hepática en etapa terminal; Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) que requiere diálisis; Trastornos hematológicos graves limitados a: anemia aplásica, hemofilia, púrpura trombocitopénica inmune, síndrome mielodisplásico, enfermedad de células falciformes (excluido el rasgo de células falciformes) y trastorno tromboembólico venoso crónico; VIH / SIDA; Trastornos pulmonares crónicos limitados a: asma, bronquitis crónica, enfisema, fibrosis pulmonar e hipertensión pulmonar; Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
limitadas a: trastornos bipolares, trastornos depresivos mayores, trastorno paranoide, esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo; Trastornos neurológicos limitados a: esclerosis lateral amiotrófica (ELA), epilepsia, parálisis extensa (es decir, hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia), enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, polineuropatía, estenosis espinal y déficit neurológico relacionado a un infarto; e infarto. **MMM Flexi Card- Suplementario** Usted es elegible para: • Una tarjeta de débito con una cantidad de **$35** mensuales. Podrá utilizar la MMM Flexi Card para los siguientes servicios: - Comida preparada - Alimentos y provisiones - Gasolina - Productos de limpieza - Entretenimiento (conciertos /	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
teatro / películas, etc.) - Utilidades - Artículos OTC adicionales - Terapias alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural) - Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño - 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 - Reparaciones de autos - Toallas, ropa de cama y ropa	
MMM Asistencia - Suplementario	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Usted es elegible para: • Hasta ocho **(8)** eventos individuales al año para servicios de asistencia en carretera, que incluye lo siguiente: o Cambio de goma – Se ofrecerá servicio de remolque en caso de que no tenga una goma de respuesta. o Carga de batería – Se ofrecerá servicio de remolque en caso de que el vehículo no encienda después de cargar la batería. o Cerrajería o Suplido de gasolina – Hasta dos **(2)** galones. o Servicios de remolque – Cubierto en caso de avería mecánica o accidente que impida al vehículo moverse, se le enviará un servicio de remolque, hasta un máximo de $200.00 por evento (40 millas).	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
○ 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 hasta un máximo de $125 por evento. • Hasta ocho **(8)** eventos individuales al año, con un máximo de **$200** por evento para servicios de reparación menor en el hogar, que incluye lo siguiente: ○ 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	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
residencia, como, entre otros, armarios o puertas de gabinetes). ○ Plomería – Cubierto cuando ocurre una avería dentro de las instalaciones fijas de 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. Todo servicio catalogado como destape tiene un máximo de **$125** por evento. (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	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
de las residencias. Cualquier desglose derivado de la humedad, filtración o impermeabilización impropia también serán excluidas del presente acuerdo, así como cualquier reparación relacionada a áreas comunales o local comercial de la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados de Puerto Rico). ○ 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,	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
lavadoras, secadoras, refrigeradores o cualquier reparación relacionada con áreas comunes o locales que sean propiedad de la Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico). ○ 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). El límite máximo del plan para los servicios de reparaciones menores en	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
el hogar incluye el costo de materiales, transporte y mano de obra. El afiliado cubrirá cualquier monto que exceda el límite máximo del plan. 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.	
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	Terapia de Ejercicio Supervisado (SET, por sus siglas en inglés) cubierta por Medicare **$5** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET tiene que: • Consistir de sesiones que duren entre 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de adietramiento 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	Servicios disponibles en las Clínicas Multi-Especialidad **$0** de copago **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 **$5,000** para servicios fuera de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
básicas y avanzadas de apoyo vital 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. • **Requiere referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	
Servicios de transportación - Suplementarios Usted es elegible para: • Hasta dieciocho **(18)** viajes de una vía por año a lugares aprobados por el plan relacionados al cuidado de su salud.	Servicios de transportación suplementarios **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Servicios de urgencia 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. Los servicios de urgencia pueden ser suministrados por proveedores en la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores en la red se encuentren temporeramente no disponibles o inaccesibles. El costo compartido para los servicios de urgencia prestados fuera de la red es el mismo costo que para los servicios prestados dentro de la red.	Servicios de urgencia cubiertos por Medicare **$0** de copago por visita a sala de urgencia Servicios suplementarios de urgencia - mundial **$100** de copago por visitas a la sala de urgencia.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Este plan incluye visitas de cuidado de emergencia/urgencia mundial como beneficio suplementario, con una cantidad máxima del plan de $500.	Si es admitido al hospital, no tendrá que pagar el copago.
Cuidado de la visión Los servicios cubiertos incluyen: • 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. • 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	Servicios de visión cubiertos por Medicare: Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones oculares **$0** de copago Prueba de Glaucoma **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos que tienen 50 años o más, e hispanoamericanos que tienen 65 años o más. • Para personas con diabetes, está cubierto el examen de retinopatía diabética una vez al año. • 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 reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de espejuelos después de la segunda cirugía).	Espejuelos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas **$0** de copago Servicios de visión suplementarios: Examen rutinario de la vista **$0** de copago Espejuelos y/o Lentes de Contacto **$0** de copago
Cuidado de la visión – Suplementario Además, usted es elegible para:	**Fuera de la Red**

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Un **(1)** examen rutinario de visión suplementario por año • Un máximo de **$450** 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.**	(Opción Punto de Servicio) **20%** de coaseguro por servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo anual de hasta **$5,000** para servicios fuera de la red.
Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” 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	No hay coaseguro, copago ni deducible para la visita de prevención

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
diagnósticas y vacunas), y referidos para otro tipo de cuidado si es necesario. **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”. • **Reglas de autorización pueden aplicar** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	“Bienvenido a 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 **$5,000** para servicios fuera de la red.

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. Si un servicio es “excluido” significa que este plan no cubre ese servicio.

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.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), usted tendrá que pagar por ellos. Nosotros no pagaremos por los servicios médicos excluidos que aparecen en la tabla a continuación excepto en las condiciones específicas que se mencionan. La única excepción: nosotros pagaremos si se determina mediante apelación que nosotros debimos haber pagado o cubierto un servicio médico en la tabla de exclusiones a continuación porque su situación particular lo amerita. (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 folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones en servicios están descritas en la Tabla de Beneficios o en la tabla a continuación.

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.

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	**Cubierto solo en circunstancias específicas**
Acupuntura		✓ Cubierto para dolor crónico de espalda baja
Cirugía o procedimientos cosméticos.		✓ • Cubierto en casos de lesiones accidentales o para mejorar el funcionamiento de una parte desfigurada del cuerpo.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
		• 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.
El cuidado de custodia es cuidado provisto en un hogar de envejecientes, hospicio o alguna otra instalación cuando no requiere cuidado médico especializado o	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
cuidado de enfermería especializada. 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.		

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Cuidado de enfermería, a tiempo completo, en su hogar.	✓	
Comidas entregadas en el hogar	✓	
Servicio de ama de llaves incluyendo asistencia básica en el hogar, incluyendo limpieza ligera o preparación simple de alimentos.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Cuidado dental no rutinario		✓ Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos		✓ Si los zapatos son parte de una abrazadera para la pierna y están incluidos en los costos de esta, o si los zapatos son para una persona con enfermedad diabética del pie.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Artículos personales en su habitación o centro de enfermería especializada, como teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		✓ Cubierta solo si se considera médicamente necesaria.
Procedimientos para revertir la esterilización y métodos anticonceptivos no recetados	✓	
Queratotomía radial, Cirugía LASIK y otros aparatos de ayuda para poca visión.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubierto solo en circunstancias específicas
Servicios considerados no razonables e innecesarios, de acuerdo con los criterios de Medicare Original	✓	
Aparatos de apoyo para el pie		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad diabética del pie.

CAPÍTULO 5

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

Capítulo 5. Cómo utilizar la cubierta del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 290

Sección 1.1 Este capítulo describe su cubierta para medicamentos de la Parte D 290

Sección 1.2 Reglas básicas para la cubierta de medicamentos de la Parte D del plan.....292

SECCIÓN 2 Obtenga su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan 293

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red para que su receta sea cubierta 293

Sección 2.2 Localizando las farmacias de la red 294

Sección 2.3 Utilizando el servicio de envío por correo del plan.....296

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suplido de medicamentos a largo plazo?.....299

Sección 2.5 ¿Cuándo se puede utilizar una farmacia que no esté en la red del plan? 300

SECCIÓN 3 Sus medicamentos tienen que estar en la “Lista de Medicamentos” 302

Sección 3.1 La “Lista de Medicamentos” le indica cuáles medicamentos de la Parte D están cubiertos.....302

Sección 3.2 Hay 5 “niveles de costo compartido” para los medicamentos en la Lista de Medicamentos 304
Sección 3.3 ¿Cómo saber si un medicamento en específico está en la Lista de Medicamentos? 305

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cubierta para algunos medicamentos.....306
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 306
Sección 4.2 ¿Qué clases de restricciones? 307
Sección 4.3 ¿Aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?.....309

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto del modo en que le gustaría que lo estuviera?.....310
Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto del modo en que le gustaría que lo estuviera.....310
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? 312
Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera es demasiado alto? 317

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si la cubierta para uno de sus medicamentos cambia? 318

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año 318

Sección 6.2 ¿Qué pasa si cambia la cubierta para un medicamento que está tomando? 319

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan? 324

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 324

SECCIÓN 8 Presente su tarjeta de afiliado del plan cuando le despachen una receta 327

Sección 8.1 Presente su tarjeta de afiliado 327

Sección 8.2 ¿Qué pasa si no tiene su tarjeta de afiliado a la mano? 328

SECCIÓN 9 Cubierta de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 328

Sección 9.1 ¿Qué pasa si está en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan? 328

Sección 9.2 ¿Qué pasa si es residente de una institución de cuidado prolongado (LTC, por sus siglas en inglés)? 329

Sección 9.3 ¿Qué pasa si está recibiendo cubierta adicional para medicamentos a través de su patrono o plan grupal de jubilados? 331

Sección 9.4 ¿Qué pasa si está en un hospicio certificado por Medicare? 332

SECCIÓN 10 Programas para la administración y uso seguro de medicamentos 333

Sección 10.1 Programas que ayudan a los afiliados a utilizar sus medicamentos de manera segura.....333

Sección 10.2 Programa de Manejo de Medicamentos para ayudar a los afiliados a utilizar sus medicamentos opioides de forma segura 335

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.....337

¿Sabía usted que hay programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos?

El programa de “Ayuda Adicional” ayuda a personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Para más información, vea el Capítulo 2, Sección 7.

¿Está recibiendo ayuda actualmente para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos, **puede que alguna información en esta *Evidencia de Cubierta* sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D no le aplique.**

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo describe su cubierta para medicamentos de la Parte D

Este capítulo **explica las reglas para el uso de su cubierta de medicamentos de la Parte D**. El próximo capítulo dice lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D (El Capítulo 6, *Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de su cubierta de medicamentos de la Parte D, PMC Max también cubre algunos medicamentos dentro

de los beneficios médicos del plan. A través de la cubierta de beneficios de Medicare Parte A, generalmente, nuestro plan cubre los medicamentos que le son administrados durante hospitalizaciones cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de la cubierta de beneficios de la Parte B, nuestro plan cubre medicamentos, incluyendo algunos medicamentos de quimioterapia, algunos medicamentos inyectables administrados durante una visita a la oficina del médico, y medicamentos administrados en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga)* le habla sobre los beneficios y los costos para medicamentos durante una hospitalización cubierta por el plan en un hospital o centro de enfermería especializada, al igual que sus costos y beneficios por medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden ser cubiertos bajo nuestro plan si usted está en un hospicio de Medicare. Nuestro plan también cubre servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico terminal y condiciones relacionadas. Para más información, refiérase al Capítulo 5, Sección 9.4 (¿Qué pasa si usted está en un hospicio certificado por Medicare?) Para información sobre la cubierta de hospicio, vea la sección de hospicio en el Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga).*

Las siguientes secciones le hablan sobre la cubierta de sus medicamentos bajo las reglas de beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9*, Cubierta de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales* incluye más información sobre su cubierta de la Parte D y Medicare Original.

Sección 1.2 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) quien le haga sus recetas.

- Su médico que recete tiene que, ya sea aceptar Medicare o enviar documentación a CMS que evidencie que él o ella están calificados para hacer recetas, o sus reclamaciones de la Parte D serán denegadas. Para verificar si cumplen con esta condición, debe preguntarles a sus médicos que le receten la próxima vez que les llame o les visite. Si no, por favor sepa que a su médico que le receta le tomará tiempo enviar todos los documentos necesarios para que sean procesados.

- 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 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 para que su receta sea cubierta

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 cubiertos en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.2 Localizando las 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 (los números de teléfono están impresos al dorso de este folleto).

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias en nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita la repetición de un medicamento que ha estado tomando, puede pedirle a un proveedor que le haga una receta nueva o puede pedir que se transfiera su receta a su nueva farmacia en la 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 de la red en su

área, puede obtener ayuda de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto) 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?

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

- Farmacias que suplen medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- 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 usted se encuentra en una institución de cuidado prolongado, debemos asegurarnos de que reciba sus medicamentos de la Parte D de forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias de cuidado prolongado, la cual es, normalmente, la farmacia de la institución. 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 (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

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 lo general, los medicamentos que se envían por correo son los que toma regularmente, para una condición crónica o de tratamiento a largo plazo. Los medicamentos disponibles a través de nuestro servicio por correo 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 folleto.

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. Esto le dará oportunidad para asegurarse de que la farmacia le entregue el

medicamento correcto (incluyendo la potencia, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permitirá cancelar o retrasar la orden antes de que se le facture y se le envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia de órdenes por correo se comunique con usted para que le deje saber qué desea hacer con la receta nueva y evitar cualquier retraso en el envío.

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, por favor comuníquese con la farmacia 15 días antes de que los medicamentos que tiene a la mano se estén terminando para asegurar que la próxima orden le sea enviada a tiempo.

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.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su orden antes de enviarla, por favor dígale a la farmacia cuál es la mejor manera de conseguirle. Por favor, llame a *CVS Caremark* o ingrese a su cuenta en Caremark.com para darnos su información de contacto preferido.

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). Usted puede ordenar este suplido mediante servicio por correo (vea la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia al detal.

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 (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

2. Para algunas clases de medicamentos, puede utilizar los **servicios de órdenes por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través del servicio de órdenes por correo de nuestro plan están identificados como **"MT"** en nuestra Lista de Medicamentos. El servicio de órdenes por correo de nuestro plan le permite ordenar un suplido de hasta 90 días. Vea la Sección 2.3 para más información sobre cómo utilizar nuestros servicios de órdenes por correo.

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. Si no puede utilizar una farmacia de la red, 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.

En estas situaciones, **por favor, verifique antes con Servicios al Afiliado** para ver si hay una farmacia de la red cerca de usted (los números de teléfono para Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto). Es posible que tenga que 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.

¿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 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"

Sección 3.1 La "Lista de Medicamentos" le indica cuáles medicamentos de la Parte D están cubiertos

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 tiene que cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la Lista de Medicamentos del plan.

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D (la Sección 1.1 de este capítulo le explica sobre los medicamentos de la Parte D).

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). (Quiere decir que la FDA ha aprobado el medicamento 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 tanto medicamentos de marca como genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, funciona tan bien como el de marca y normalmente cuesta menos. Hay medicamentos genéricos disponibles que reemplazan a muchos medicamentos de marca.

¿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.

Sección 3.2 Hay 5 “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 5 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 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.

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:

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. (Los números de teléfono de Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto).

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 normas para ayudar a que nuestros afiliados utilicen estos medicamentos en los modos más efectivos. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos totales de medicamentos, lo cual mantiene su cubierta de medicamentos más asequible.

En general, nuestras reglas fomentan el que obtenga un medicamento que sea efectivo para su condición médica y que, a la vez, sea seguro. Cada vez que un medicamento seguro y de menor costo funciona con igual efectividad médica que un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para motivarle a usted y a su médico a que utilicen la opción de menor costo. También necesitamos cumplir con las reglas y regulaciones de Medicare para la cubierta de medicamentos y los costos compartidos.

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. Si desea que no apliquemos la restricción en su caso, necesitará utilizar 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, Sección 6.2 para información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que diferentes restricciones o costos compartidos pueden aplicar tomando en cuenta factores como la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su médico (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; una vez al día versus dos veces al día; tableta versus líquido).

Sección 4.2 ¿Qué clases de restricciones?

Nuestro plan aplica diferentes tipos de restricciones para ayudar a que nuestros afiliados utilicen los medicamentos en los modos más efectivos. Las secciones a continuación le dicen más sobre los tipos de restricciones que utilizamos para algunos medicamentos.

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.** Usualmente, no cubrimos el medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. 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”**. En ocasiones, el requisito de obtener preautorización ayuda a que se siga 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

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 la cantidad que puede obtener del mismo al controlar 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 4.3 ¿Aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de Medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas arriba. Para saber si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que toma o que quiera tomar, verifique la Lista de Medicamentos. Para la información más actualizada,

llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto) o visite nuestra página de Internet (www.mmmpr.com).

Si hay una restricción para su medicamento, usualmente quiere decir que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el mismo. Si hay una restricción en el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con Servicios al Afiliado y preguntar qué pueden hacer usted o su proveedor para que se cubra dicho medicamento. Si quiere que suspendamos la restricción, debe usar el proceso de decisiones de cubierta y pedir que hagamos una excepción. Podríamos estar o no de acuerdo con eliminar la restricción. (Vea el Capítulo 9, Sección 6.2 para información sobre cómo solicitar excepciones).

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

Confiamos en que su cubierta de medicamentos será beneficiosa para usted. Pero, es posible que pueda haber un medicamento recetado que ya está tomando, o uno que usted y su proveedor 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, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, se le podría requerir que pruebe un medicamento diferente primero para ver si este funcionará, antes de cubrir el medicamento que desea tomar. También podría haber límites sobre qué cantidad del medicamento (número de pastillas, etc.) se puede cubrir durante un período de tiempo en particular. En algunos casos, podría pedirnos que no apliquemos una restricción.
- 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. El plan coloca a cada medicamento cubierto en uno de los 5 diferentes niveles de costo compartido. Cuánto pagará por su receta depende, en parte, de en cuál nivel de costo compartido se encuentra su medicamento.

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

opciones dependerán de qué tipo de problema usted tenga.

- 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 lo que puede hacer:

- Podría obtener un suplido temporero del medicamento (solo los afiliados que se encuentren en situaciones específicas pueden obtener suplidos temporeros). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar a otro medicamento o solicitar que se cubra su 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 le debe ofrecer un suplido temporero de un medicamento si el mismo no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido de algún modo. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en cubierta y decidir qué hacer.

Para ser elegible para obtener un suplido temporero, tiene que cumplir con los dos requisitos a continuación:

1. El cambio a su cubierta de medicamentos tiene que ser uno de los siguientes tipos de cambios:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de Medicamentos del plan.**
- **--** o – el medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de algún modo** (la Sección 4 de este capítulo habla sobre las restricciones).

2. Usted tiene que estar en una de las situaciones descritas a continuación

- **Para aquellos afiliados que son nuevos en el plan o que estuvieron el año pasado en el plan:**

Cubriremos un suplido temporero de su medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación al plan si es nuevo en el plan y durante los primeros 90 días del año natural si estuvo en el plan el año pasado**. 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 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 solicitar un suplido temporero, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono se encuentran impresos al dorso de este folleto).

Durante el tiempo que esté recibiendo un suplido temporero de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suplido temporero se agote. Podría cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual. Las secciones a continuación le informan más sobre estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Es posible que haya otro medicamento cubierto por el plan que le funcione 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. (Los números de teléfono para Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto).

Puede solicitar una excepción

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 a la regla. 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 permitiremos solicitar una excepción por adelantado para el próximo año. Le notificaremos sobre cualquier cambio en la cubierta de su medicamento para el próximo 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 declaración 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, comience por hablar con su proveedor. Quizás haya un medicamento diferente en un nivel más bajo de costo compartido que le funcione igual de bien. Puede llamar 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. (Los números de teléfono para Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto).

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. 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 cambios a la Lista de Medicamentos durante el año. Por ejemplo, el plan podría:

- **Añadir o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos**. Nuevos medicamentos se hacen disponibles, incluyendo nuevos medicamentos genéricos. Quizás el gobierno ha aprobado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y decidimos no cubrirlo. O, podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se ha descubierto que no es efectivo.

- **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** (para más información sobre restricciones en la cubierta, vea la Sección 4 de este capítulo).
- **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 durante el año, nosotros incluimos información sobre estos cambios en nuestra página de Internet. Actualizaremos regularmente nuestra Lista de Medicamentos en línea para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, le indicamos los momentos en que recibirá notificación directa sobre cambios hechos a un medicamento que esté tomando. También puede llamar a Servicios al Afiliado para más información (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

¿Le afectarán de inmediato los cambios a la cubierta de medicamentos?

Cambios que pueden afectarle este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios en cubierta durante el presente 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, que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido menor, con las mismas o menos restricciones. Además, cuando se añade un nuevo medicamento genérico, 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.
  - Podemos no avisarle con anticipación antes de hacer ese cambio - aunque esté tomando el medicamento de marca actualmente.

- 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, (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)).
- Si está tomando el medicamento de marca al momento en que hagamos el cambio, le proveeremos información sobre el / los cambio(s) específico(s) que hicimos. Esto también puede incluir información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para que se le cubra el medicamento de marca. Usted puede no recibir esta notificación antes de que hagamos el cambio.

- **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 ser retirado repentinamente porque se ha establecido que no es seguro o puede ser 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 sobre este cambio 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 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. 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.
  - Después que reciba la notificación de cambio, usted deberá dialogar con su proveedor para cambiar a otro medicamento que sí cubrimos.
  - O, 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 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas*)).

Cambios a medicamentos en la Lista de Medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente están tomando el medicamento: Para cambios a la Lista de Medicamentos que no estén descritos arriba, si está tomando el medicamento actualmente, los siguientes tipos de cambios no le afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si movemos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto
- Si le aplicamos una nueva restricción a su uso del medicamento
- Si removemos su medicamento de la Lista de Medicamentos

Si alguno de estos cambios sucede para un medicamento que está tomando (no porque 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 hasta esa fecha. Usted no recibirá aviso directo este año sobre cambios que no le afecten. Sin

embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios sí le afectarán y es importante que verifique la Lista de Medicamentos para el nuevo año beneficio por si hay algún cambio en medicamentos.

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. Nosotros no pagaremos por los medicamentos incluidos en esta sección (excepto por algunos medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestra cubierta ampliada de medicamentos). La única excepción: Si se determina bajo apelación que el medicamento solicitado no está excluido por la Parte D y que nosotros debimos haberlo pagado o cubierto debido a su situación en particular. (Para información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un medicamento, vaya al Capítulo 9, Sección 6.5 en este folleto).

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 y 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).
    - Por lo general, 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. Si el uso no está respaldado por ninguna de estas referencias, entonces nuestro plan no puede cubrir el “uso para una indicación no autorizada”.

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.

Ofrecemos cubierta adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare (en una cubierta ampliada de medicamentos). Por favor, note que los siguientes medicamentos están cubiertos por este plan:

- Medicamentos cuando son usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil. Haga referencia a su Lista de Medicamentos para más información.

La cantidad que paga cuando obtiene estos medicamentos no cuenta para cualificarlo para la Etapa de Cubierta Catastrófica. (La Etapa de Cubierta Catastrófica es descrita en el Capítulo 6, Sección 7 de este folleto).

Además, si está **recibiendo "Ayuda Adicional" de Medicare** para pagar por sus medicamentos, el programa de "Ayuda Adicional" no pagará por los medicamentos no cubiertos normalmente. (Favor referirse a la Lista de Medicamentos del Plan o llame a Servicios al Afiliado para más información. Puede encontrar los números de teléfono impresos al dorso de este folleto). Sin embargo, si usted tiene cubierta de medicamentos a través de Medicaid, puede que su Programa Estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por los planes de medicamentos recetados de Medicare. Comuníquese con su Programa Estatal de Medicaid para determinar qué cubierta de medicamentos puede estar disponible para usted. (Vea los números de teléfono e información de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Presente su tarjeta de afiliado del plan cuando le despachen una receta

Sección 8.1 Presente su tarjeta de afiliado

Para que le despachen su receta, presente su tarjeta de afiliado del plan en la farmacia de su preferencia dentro

de la red. Cuando presente su tarjeta de afiliado del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan por *nuestra* parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Usted tendrá que pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

Sección 8.2 ¿Qué pasa si no tiene su tarjeta de afiliado a la mano?

Si no tiene su tarjeta de afiliado a la mano cuando vaya a ordenar su receta, pídale a la farmacia que llame 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 siempre y cuando los mismos cumplan con todas las reglas de cubierta. Vea las partes anteriores de esta sección que hablan sobre las reglas para obtener cubierta de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le brinda más información sobre su cubierta de medicamentos y cuánto paga.

Por favor recuerde: Cuando usted ingresa, vive en, o deja un centro de enfermería especializada, tiene derecho a entrar en un Período de Afiliación Especial. Durante este período, usted puede cambiar de plan o cambiar su cubierta. (El Capítulo 10, *Cancelando su afiliación al plan*, le dice cuándo puede dejar nuestro plan y cambiar a un plan Medicare diferente).

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 suple los medicamentos de los residentes. Si usted es residente de una institución de cuidado prolongado, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia de la institución 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 cuidado prolongado es parte de nuestra red. Si no lo es, o si usted necesita más información, por favor comuníquese con Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

¿Qué pasa si usted reside en una institución de cuidado prolongado (LTC) y se afilia al plan por primera vez?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o está restringido de alguna manera, el plan cubrirá **un suplido temporero** de su medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación. El suplido total será por un máximo de 31 días o menos si su receta está hecha para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado prolongado puede proveer el suplido del medicamento en cantidades más pequeñas para prevenir pérdidas). Si usted lleva más de 90 días como afiliado del plan y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en la cubierta del medicamento, nosotros cubriremos un suplido de 31 días o menos si su receta está hecha para menos días.

Mientras esté recibiendo el suplido temporero de medicamentos, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suplido temporero se agote. Quizás

haya otro medicamento cubierto por el plan que le funcione igual de bien. O usted y su proveedor también pueden pedirle al plan que haga una excepción y cubra su medicamento de la manera que usted desea. Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica qué hacer.

Sección 9.3 ¿Qué pasa si está recibiendo cubierta adicional para medicamentos a través de su patrono o plan grupal de jubilados?

¿Actualmente cuenta con otra cubierta para medicamentos recetados a través de su patrono o de un plan grupal de jubilados (o de su cónyuge)? De ser así, 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 al presente usted está empleado, la cubierta para medicamentos recetados que recibirá de nosotros será *secundaria* a su cubierta patronal o grupal de jubilados. 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” y las opciones que tiene disponibles para

cubierta de medicamentos.

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 estos avisos sobre cubierta acreditable porque podría necesitarlos 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 un aviso sobre cubierta acreditable de su patrono o plan grupal de jubilados, puede obtener 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 un anti-náuseas, un laxante, un medicamento para el dolor o un medicamento contra la ansiedad que no está cubierto 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 algún medicamento no relacionado con su condición que debe ser cubierto por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de hospicio o a su médico que se aseguren de que tenemos la notificación de que el medicamento no está relacionado con su condición antes de pedirle a una farmacia que 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 todos sus medicamentos. Para evitar cualquier demora en la farmacia cuando finaliza su beneficio de hospicio de Medicare, debe llevar la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta. Refiérase a partes previas a esta sección que le indican las reglas de cómo obtener cubierta de medicamentos por la Parte D. El Capítulo 6 (Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D) le da más información sobre la cubierta de medicamentos y lo que usted paga.

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. Estas revisiones son

especialmente importantes para afiliados que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

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 médica.
- 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 opioides recetados 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. 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

Si pensamos que una o más de estas limitaciones deben aplicársele, le enviaremos una carta por adelantado. La carta tendrá información 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 determinación de que usted está en riesgo de mal uso de sus medicamentos o está en desacuerdo con la limitación, usted y quien le recete tienen el derecho de solicitar una apelación. Si escoge apelar, revisaremos su caso y le brindaremos una decisión. Si alguna parte de su solicitad 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.

Si tiene condiciones particulares, como 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.

Este programa es voluntario y gratis para los afiliados. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló este programa para nuestro plan. Este programa puede ayudarnos a estar seguros de que nuestros afiliados reciban el mayor beneficio de los medicamentos que toman. El programa es conocido como Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés).

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. Puede dialogar sobre cómo tomar sus medicamentos de la mejor manera, 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 de la evaluación. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos

que recomienda lo que puede hacer para mejorar el uso de sus medicamentos, con espacio para que tome notas o escriba cualquier pregunta de seguimiento. También recibirá una lista personalizada de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando 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 tener su revisión de medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, de modo que pueda 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 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 estos programas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado (los teléfonos aparecen impresos al dorso de este folleto).

CAPÍTULO 6

Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 343

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cubierta de medicamentos 343

Sección 1.2 Tipos de costos que podría pagar de su bolsillo por medicamentos cubiertos.....345

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 346

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los afiliados de PMC Max?.....346

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en cuál etapa se encuentra.....350

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado "Explicación de Beneficios Parte D" (Part D EOB, por sus siglas en inglés)...350

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos 351

SECCIÓN 4 No hay deducible para PMC Max 354

Sección 4.1 Usted no paga deducible por sus medicamentos Parte D 354

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 354

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento dependerá del medicamento y en dónde le despachan su receta 354

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento 356

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 360

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento 362

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cubierta Inicial hasta que sus costos totales anuales por sus medicamentos lleguen a $4,430 365

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Brecha de Cubierta, el plan provee una cubierta limitada para medicamentos 367

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de Brecha de Cubierta hasta que sus costos de bolsillo lleguen a $7,050 367

Sección 6.2 Cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo por medicamentos recetados.....370

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cubierta Catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos 374

Sección 7.1 Cuando entre en la Etapa de Cubierta Catastrófica, se quedará en la misma el resto del año.....374

SECCIÓN 8 Información de beneficios adicionales .375

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales.....375

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las recibe.....376

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cubierta separada para vacunas de la Parte D en sí y otra para el costo de administrárselas 376

Sección 9.2 Usted puede llamar a Servicios al afiliado antes de administrarse una vacuna379

¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos?

El programa ¨Ayuda Adicional¨ ayuda a personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿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

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cubierta de medicamentos

Este capítulo hace énfasis en lo que paga por sus 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 que le brindamos en este capítulo, necesita saber los datos básicos sobre los medicamentos cubiertos, dónde obtener sus recetas y qué reglas debe seguir al obtener sus medicamentos cubiertos. A continuación, los materiales que le explican estos conocimientos básicos:

- **La *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del Plan.** Para simplificar, le llamamos la "Lista de medicamentos".
  - Esta Lista de Medicamentos le indica cuáles medicamentos están cubiertos.
  - Esta también le indica en cuál de los 5 "niveles de costo compartido" se encuentra el medicamento y si hay restricciones en su cubierta para el medicamento.
  - Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto). También puede ver la Lista de Medicamentos en nuestra página de Internet en www.mmmpr.com. La Lista de Medicamentos disponible en nuestra página de Internet siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este folleto.** En el Capítulo 5, le da detalles sobre su cubierta de medicamentos recetados, incluyendo las reglas que debe seguir para obtener medicamentos cubiertos. El Capítulo 5

también dice qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.

- **El *Directorio de Proveedores y Farmacias del plan.*** En la mayor parte de los casos, tiene que obtener sus medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (vea el Capítulo 5 para los detalles). El Directorio de Proveedores y Farmacias tiene una lista de las farmacias en la red del plan. También le dice cuáles farmacias en la red pueden brindarle un suplido a largo plazo de un medicamento (por ejemplo, encargar un suplido para tres meses de una receta).

Sección 1.2 Tipos de costos que podría pagar de su bolsillo por medicamentos cubiertos

Para entender la información de pagos que le presentamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que podría pagar de su bolsillo por sus servicios cubiertos. 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 debe pagar 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 “**coseguro**” significa que usted paga un por ciento del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los afiliados de PMC Max?

Como se muestra en la tabla a continuación, hay “etapas de pago por medicamentos” para su cubierta de medicamentos recetados bajo PMC Max. 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.

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*
Como no hay deducible para este plan, esta etapa de pago no le aplica. (Detalles en la Sección 4 de este capítulo.)	Usted comienza en esta etapa cuando le despachan su primera receta del año. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos **y usted paga la suya.** Usted permanece en esta etapa hasta que **"sus gastos totales por medicamentos"** (sus pagos más cualquier	Durante la Etapa de Brecha de Cubierta, el plan provee cubierta limitada de medicamentos. Por algunos Medicamentos Genéricos incluidos en el Nivel 1 y el Nivel 2, usted paga **$0** de copago y **$0** de copago respectivamente (suplido para 30 días). Por todos los demás medicamentos	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayoría de los costos** de sus medicamentos por el resto del año natural (hasta el 31 de diciembre de 2022). (Detalles en la Sección 7 de este capítulo).

	pago del plan por la Parte D) alcancen **$4,430**. Durante esta etapa, sus gastos de bolsillo para insulinas selectas será **$0**. (Detalles en la Sección 5 de este capítulo.)	genéricos usted paga el **25%** del costo (suplido para 30 días). Por Medicamentos de Marca, usted paga el **25%** del costo (más una parte del cargo por despacho). Usted permanece en esta etapa hasta que sus **"gastos de bolsillo"** (sus pagos) alcancen un total de **$7,050**. Esta cantidad y las reglas para calcular los gastos que cuentan para llegar a la	

		misma, han sido establecidas por Medicare. Durante esta etapa, sus gastos de bolsillo para insulinas selectas será **$0**. (Detalles en la Sección 6 de este capítulo.)	

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 póxima. 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 provee más información sobre los medicamentos que toma, tales como los aumentos en precio y otros medicamentos disponibles a un costo compartido menor. Debe consultar con el médico que

le recete sobre estas opciones menos costosas. 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 y cualquier cambio porcentual 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 con menor costo compartido para cada reclamación de medicamentos recetados que podría estar disponible.

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 cuando obtenga una receta.** Para asegurarse de que nos llegue información sobre las recetas que encargue y lo que pague, muestre su tarjeta de afiliado del plan cada vez que encargue una receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Algunas veces, podría tener que pagar por medicamentos recetados si 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, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que haya comprado. (Si le facturan por un medicamento cubierto, puede pedirnos que paguemos por el medicamento. Para instrucciones sobre cómo hacer esto, vaya al Capítulo 7, Sección 2 de este folleto). A continuación, hay varias situaciones en las que sería recomendable darnos copia de sus recibos de medicamentos para estar seguros de que tenemos un récord completo de lo que ha gastado en sus 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.

- **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 y le ayudan a cualificar para su cubierta catastrófica. 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. Debe llevar un récord de estos pagos y enviarlos a nuestras oficinas para estar al tanto de sus costos.
- **Verifique el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la Explicación de beneficios Parte D (un "EOB Parte D") por correo, por favor revísela para asegurarse de que la información esté completa y correcta. Si piensa que falta algo al informe o si tiene preguntas, por favor, llámenos a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto). Asegúrese de guardar estos informes. Los mismos son un récord importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 No hay deducible para PMC Max

Sección 4.1 Usted no paga deducible por sus medicamentos Parte D

No hay deducible para PMC Max. 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 5 niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 5 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 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.

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 que está en la red de nuestro plan

- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan
- 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 de este folleto y el *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento

Durante la Etapa de Cubierta Inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto puede ser un copago o un coseguro.

- El "**copago**" significa que usted paga una cantidad fija cada que obtiene una receta.
- El "**coseguro**" significa que usted paga un por ciento del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Como se muestra en la tabla siguiente, la cantidad del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que está su medicamento. Tenga en cuenta:

- Si el medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagará el precio más bajo por el medicamento. Pagará *o* el precio completo del medicamento *o* la cantidad del copago, lo que sea menor.

- Cubrimos recetas despachadas en farmacias fuera de la red solo en circunstancias limitadas. Por favor, vea el Capítulo 5, Sección 2.5 para información sobre cuándo cubriremos una receta despachada en una farmacia fuera de la red.

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 compartido (Medicamentos Genéricos)	**$0** de copago	**$0** de copago	**$0** de copago
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de Marca Preferida)	**$5** de copago	**$5** de copago	**$5** de copago
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de Marca No Preferida)	**$10** de copago	**$10** de copago	**$10** de copago

Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos Especializados)	**25%** de coaseguro	**25%** de coaseguro	**25%** de coaseguro
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 de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle una cantidad menor al suministro para un mes de medicamentos. Podría haber ocasiones cuando desee solicitarle a su médico que le recete una cantidad menor al suministro para un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando esté probando un medicamento por primera vez el cual se sabe que tiene serios efectos secundarios). Si su médico le receta una cantidad menor al suministro completo para un mes, no tendrá que pagar

por el suministro completo para un mes por algunos medicamentos.

El monto que paga cuando obtiene una cantidad menor al suministro para un mes dependerá de si es responsable de pagar el coaseguro (un por ciento del costo total) o un copago (una tarifa fija).

- Si es responsable por un coaseguro, usted paga un por ciento del costo total por el medicamento. Usted paga el mismo por ciento sin importar si la receta es para el suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, dado que el costo total de un medicamento será menor si obtiene un suministro por una cantidad menor a un mes, la cantidad que pagará será menor.
- Si es responsable de pagar un copago por el medicamento, su copago estará basado en el número de días del medicamento que reciba. 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.
    - Por ejemplo: Digamos que el copago por el suministro para un mes de su medicamento (un suministro de 30 días) es $30. Esto quiere decir que la cantidad que paga por día por su medicamento es de $1. Si recibe un suministro para 7 días del medicamento, su pago será de $1 por día multiplicado por 7 días, para un total a pagar de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le despache, una cantidad menor al suministro completo para un mes de (un) medicamento(s), si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resolicitud para diferentes recetas, para que haga menos viajes a la farmacia. La cantidad que paga dependerá de los días de suministro 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”) cuando obtiene una receta. El suministro a largo plazo es hasta por 90 días. (Para detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, vea el Capítulo 5, Sección 2.4).

La tabla continuación muestra lo que paga cuando obtiene un suministro a largo plazo (por hasta 90 días) de un medicamento.

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si los costos por sus medicamentos cubiertos son menores que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagará ese precio menor por el medicamento. Pagará o el precio

completo del medicamento o la cantidad del copago, lo que sea menor.

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

	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)	**$10** de copago	**$10** de copago
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de Marca No Preferida)	**$20** de copago	**$20** 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.

	Costo compartido estándar en farmacia en la red (suministro para hasta *90* días)	Costo compartido en orden por correo (suministro para hasta *90* días)
Insulinas Selectas	**$0** de copago	Servicio por correo no está disponible para insulinas.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cubierta Inicial hasta que sus costos totales anuales por sus medicamentos lleguen a $4,430

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 $4,430 que tiene la Etapa de Cubierta Inicial.**

El costo total por medicamentos se basa en la suma de lo que usted ha pagado y en lo que cualquier plan de la Parte D ha pagado:

- **Lo que <u>usted</u> ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde que compró su primer medicamento del año. (Vea la Sección 6.2 para más información sobre cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo). Esto incluye:

  - El total que pagó como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de Cubierta Inicial.
- **El total que el plan pagó** como su parte del costo por sus medicamentos durante la Etapa de Cubierta Inicial. (Si estuvo inscrito en un plan Parte D distinto en cualquier momento durante el 2022, la cantidad que pagó ese plan durante la Etapa de Cubierta Inicial también contará como parte de su costo total de medicamentos).

Ofrecemos cubierta adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Los pagos hechos por estos medicamentos no cuentan para el límite inicial de cubierta o sus costos totales de bolsillo. Para saber cuáles medicamentos están cubiertos por nuestro plan, vea su formulario.

La *Explicación de Beneficios Parte D* (EOB Parte D) que le enviamos le ayudará a llevar un récord de cuánto usted y el plan, así como cualquier tercero, han pagado por sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $4,430 en un año.

Le avisaremos si llega al límite de $4,430. Si alcanza esta cantidad, saldrá de la Etapa de Cubierta Inicial y pasará a la Etapa de Brecha de Cubierta.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Brecha de Cubierta, el plan provee una cubierta limitada para medicamentos

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de Brecha de Cubierta hasta que sus costos de bolsillo lleguen a $7,050

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.

PMC Max 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).

Usted también recibe cubierta de nivel parcial para medicamentos genéricos. Esto significa que solo algunos medicamentos de los incluidos en el Formulario en los Niveles 1 y 2 estarán cubiertos, generalmente medicamentos de mantenimiento. Por favor refiérase a la tabla a continuación para los copagos aplicables:

Nivel de Medicamento	**Costo compartido en Farmacia al detal en la Red** (suplido por hasta 30 días)	**Costo compartidoen Farmacia al detal en la Red** (suplido por hasta 90 días)	**Costo compartido en Farmacia de cuidado a largo plazo en la Red** (suplido por hasta 31 días)	**Costo compartido para Servicio 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	**$0** de copago	**$0** de copago	**$0** de copago	**$0** de copago	**$0** de copago

Preferidos)					
Nivel 2 de Costo Compartido (Medicamentos Genéricos)	**$0** de copago	**$0** de copago	**$0** de copago	**$0** de copago	**$0** de copago

Por todos los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 25% del costo y el plan paga el resto. La cantidad pagada por el plan (75%) no cuenta como parte de sus costos de bolsillo. Solo la cantidad que usted paga, o la que otros pagan en su nombre, se acumula y lo mueve a través de la brecha de cubierta.

Usted continúa pagando el precio de descuento por medicamentos de marca y el costo compartido aplicable por medicamentos genéricos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen la cantidad máxima establecida por Medicare. Para el 2022, la cantidad es $7,050.

Medicare tiene reglas sobre qué cuenta y qué *no* cuenta como gastos de bolsillo. Cuando usted llegue al límite de $7,050 en gastos de bolsillo, saldrá de la Etapa de Brecha de Cubierta y pasará a la Etapa de Cubierta Catastrófica.

Sección 6.2 Cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo por medicamentos recetados

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por sus medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo

Cuando suma los costos que paga de su bolsillo, ***puede incluir*** *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 de este folleto):*

- 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.
  - La Etapa de Brecha de Cubierta.
- Cualquier 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.
- Alguno de los pagos hechos por el Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare 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 $7,050 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

Al sumar sus costos de bolsillo, **no puede incluir** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos recetados:

- 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 recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos que hace por medicamentos cubiertos bajo nuestra cubierta adicional pero que generalmente no están cubiertos por un Plan de Medicamentos Recetados 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. Llame a Servicios al Afiliado para informarnos (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

¿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 (la Sección 3 de este capítulo trata sobre este informe). Cuando llegue a un total de $7,050 en costos de bolsillo por el año, este informe le indicará

que ha salido de la Etapa de Brecha de Cubierta y ha pasado 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 7 Durante la Etapa de Cubierta Catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos

Sección 7.1 Cuando entre en la Etapa de Cubierta Catastrófica, se quedará en la misma el resto del año

Usted cualifica para la Etapa de Cubierta Catastrófica cuando sus costos de bolsillo lleguen al límite de $7,050 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.

- **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 -- $3.95 por un medicamento genérico o por un medicamento considerado como genérico y $9.85 por cualquier otro medicamento.

- **Nuestro plan paga el resto** del costo**.**

Nuestro plan cubre algunos medicamentos excluidos de la Parte D, usted paga **$0** de copago por medicamentos del Nivel 1 (Genéricos Preferidos) y **$5** de copago por medicamentos del Nivel 3 (Marca Preferida) durante la etapa de cubierta catastrófica.

SECCIÓN 8 Información de beneficios adicionales

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

Ofrecemos cubierta adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. (A esto le llamamos cubierta ampliada de medicamentos).

- Este plan cubre algunos medicamentos recetados para la disfunción eréctil: usted paga **$0** de copago por Medicamentos Genéricos Preferidos y **$5** de copago por Medicamentos de Marca Preferida, tales como: Viagra, Cialis o Levitra, por cuatro **(4)** pastillas recetadas por mes.

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

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cubierta separada para vacunas de la Parte D en sí y otra para el costo de administrárselas

Nuestro plan provee cubierta para una cantidad limitada de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Si consulta la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1, encontrará más información sobre la cubierta para estas vacunas.

Nuestra cubierta de vacunación de Parte D tiene dos partes:

- La primera parte de la cubierta se relaciona con el costo del medicamento de la vacuna en sí. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cubierta es el costo de la inyectarle la vacuna. (Esto a veces se llama “administrar” la vacuna).

¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?

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

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

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cubierta de estas vacunas en el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.
- 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.**
3. **Quién le administra la vacuna.**

Lo que paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando le administren la vacuna tendrá que pagar el costo completo tanto por el medicamento de la vacuna como por la administración de esta. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolsemos.
- Otras veces, cuando reciba el medicamento de la vacuna o la administración de esta, no pagará nada.

Para mostrar cómo funciona, a continuación, hay tres situaciones en las que comúnmente se le podría administrar una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos relacionados con vacunas (incluyendo su administración) durante la Brecha de Cubierta de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red y se la administran en la misma farmacia. (Esta opción dependerá de dónde usted viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- 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 y su administración.
- Usted, entonces, puede pedirnos que le reembolsemos su parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (Cómo solicitarle al plan que paguemos nuestra parte del costo de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos).
- 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 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.
- 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 de este folleto.
- 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).

Sección 9.2 Usted puede llamar a Servicios al afiliado antes de administrarse una vacuna

Las reglas de cubierta para vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Si considera recibir una

vacuna, le recomendamos que llame primero a Servicios al Afiliado. (los números de teléfono de Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto).

- Podemos explicarle cómo nuestro plan cubre su vacuna y explicarle su parte del costo de esta.
- Podemos explicarle cómo mantener sus costos bajos utilizando proveedores y farmacias en nuestra red.
- Si no le es posible usar un proveedor y farmacia en la red, podemos decirle qué debe hacer para que le reembolsemos.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos el que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos el que paguemos nuestra parte de una factura que 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 384

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso 384

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió 389

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago.....389

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y responderemos afirmativa o negativamente 391

Sección 3.1 Verificaremos si nos corresponde cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos.....391

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 392

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las cuales debe guardar sus recibos y enviarlos al plan ..393

Sección 4.1 En algunos casos, usted debe enviarnos copia de sus recibos para ayudarnos a mantener un récord de sus costos de bolsillo por medicamentos recetados.....393

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

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso

A veces, cuando recibe cuidado médico o compra un medicamento recetado, podría tener que pagar el costo completo al momento. En otras 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.

También habrá ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo completo de los servicios médicos que haya obtenido. En muchos casos, 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.

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 de cualquier proveedor, pertenezca o no a nuestra red. Cuando reciba cuidado de emergencia o servicios de urgencia de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solamente su parte del costo, no del costo completo. Debe pedirle al proveedor que le envíe la factura al plan por nuestra parte del costo.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- En ocasiones, 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 por nuestro plan. 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. Para más información sobre la “facturación de saldos”, vea el Capítulo 4, Sección 1.3.
- 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. (Retroactiva 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 para que procesemos el reembolso.

Por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado para información adicional sobre cómo solicitar un reembolso y las fechas límites para presentar su solicitud. (Los números de teléfono para Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto).

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para obtener una receta

Si va a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de afiliado para encargar una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando esto suceda, tendrá que pagar el costo completo de su receta. (Cubrimos recetas despachadas en farmacias fuera de la red solo en

algunas situaciones especiales. Por favor vaya al Capítulo 5, Sección 2.5 para más información).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida un reembolso por nuestra parte del costo.

5. Cuando usted paga el costo completo de su receta porque no tiene a la mano su tarjeta de afiliado

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 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)*) tiene información sobre cómo hacer una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

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.

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.

- Puede descargar una copia del formulario a través de nuestra página de Internet, www.mmmpr.com o llamar a Servicios al Afiliado para solicitarlo. (Los números de teléfono de Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto).

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

Debe enviarnos su reclamación dentro de un período de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento.

Por favor, llame a Servicios al Afiliado si tiene alguna pregunta (los números de teléfono aparecen impresos al

dorso de este folleto). Si usted no sabe cuánto debió haber pagado o recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, le podemos ayudar. También puede llamar si quiere darnos información adicional sobre una petición de pago que ya nos haya enviado.

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.

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento está cubierto y que usted siguió todas las reglas para obtener el servicio o el medicamento, 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. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para que le cubran sus servicios médicos. El Capítulo 5 le explica las reglas que debe seguir para que le cubran sus medicamentos recetados de la Parte D).

- 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. En vez, le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le estamos enviando el pago que ha solicitado 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 no está de acuerdo 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.

Para detalles sobre cómo hacer una apelación, vaya al Capítulo 9 de este folleto (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)). El proceso de apelación es un proceso formal que conlleva procedimientos detallados y fechas límites importantes. Si hacer una apelación es un proceso nuevo para usted, encontrará de mucha ayuda leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de las determinaciones de cubierta y las apelaciones, e incluye definiciones de términos como “apelación”. Después de leer la Sección 4, puede pasar a

la sección del Capítulo 9 que le explica cómo manejar su situación:

- Si quiere hacer una apelación sobre un reembolso por servicios médicos, vaya a la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si hacer presentar una apelación sobre un reembolso por un medicamento, vaya a la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las cuales debe guardar sus recibos y enviarlos al plan

Sección 4.1 En algunos casos, usted debe enviarnos copia de sus recibos para ayudarnos a mantener un récord de sus costos de bolsillo por medicamentos recetados

Hay algunas situaciones en las que nos debe informar sobre pagos que haya hecho por sus medicamentos. En estos casos, usted no está solicitándonos un pago. En vez, nos está dando información sobre sus pagos para que podamos hacer un cálculo correcto de lo que ha pagado de su bolsillo. Esto podría ayudarle a cualificar para la Etapa de Cubierta Catastrófica más rápidamente.

A continuación, le presentamos dos situaciones en las que nos debe enviar copia de sus recibos para informarnos sobre pagos que haya hecho por sus medicamentos.

1. Cuando compra el medicamento por un precio menor al nuestro

A veces, estando en la Etapa de Brecha de Cubierta, podría tener la oportunidad de comprar su medicamento en una farmacia de la red por un precio menor que el nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecerle un precio especial por el medicamento. O, usted podría tener una tarjeta de descuento que no está incluida en nuestros beneficios y que ofrezca un precio más bajo.
- A menos que apliquen condiciones especiales, en estos casos, usted debe utilizar una farmacia de la red y su medicamento debe estar en nuestra Lista de Medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos copia para que podamos contar sus gastos de bolsillo de modo que le ayuden a cualificar para la Etapa de Cubierta Catastrófica.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si está en la Etapa de Brecha de Cubierta, posiblemente no pagaremos parte alguna de estos costos de medicamentos. Pero, si nos envía copia de su recibo, podremos calcular correctamente sus costos de bolsillo, lo cual podría ayudarle a cualificar más rápidamente para la Etapa de Cubierta Catastrófica.

2. Cuando obtenga un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos afiliados están inscritos en programas de asistencia al paciente ofrecidos por un fabricante de medicamentos y que no son parte de los beneficios de nuestro plan. Si obtiene cualquier medicamento a través del programa de un fabricante de medicamentos, podría tener que pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que sus gastos de bolsillo ayuden a que cualifique para la Etapa de Cubierta Catastrófica.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Como está obteniendo su medicamento a través de un programa de asistencia al paciente y no mediante los beneficios de nuestro plan, no pagaremos parte alguna de estos costos por medicamentos. Pero, si nos envía copia de su recibo, podremos calcular correctamente sus costos de bolsillo, lo cual podría ayudarle a cualificar más rápidamente para la Etapa de Cubierta Catastrófica.

Como en los dos casos descritos arriba usted no nos está solicitando un pago, estas situaciones no se consideran decisiones de cubierta. Por lo tanto, usted no puede hacer una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos como afiliado del plan 399

Sección 1.1 Tenemos que proveerle información que le sea útil a usted (en un idioma que no sea español, en braille, en letra agrandada u otros formatos alternos).....399

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than Spanish, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.).....400

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso a tiempo a sus servicios y medicamentos cubiertos.....401

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud.....402

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos.....415

Sección 1.5 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado 418

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado 422

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados? 423

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos 424

SECCIÓN 2 Usted tiene varias responsabilidades como afiliado del plan.....425

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?.....425

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos como afiliado del plan

Sección 1.1 Tenemos que proveerle información que le sea útil a usted (en un idioma que no sea español, en braille, en letra agrandada u otros formatos alternos)

Para obtener nuestra información en un formato que le sea útil a usted, por favor, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

Nuestro plan tiene personal y servicios gratuitos de intérprete disponibles para contestar preguntas de afiliados discapacitados y 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 (los números de teléfono están impresos al dorso de este folleto).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, por favor llame para hacer una querella con Servicios al Afiliado (los números de teléfono están impresos al dorso de este folleto). Usted también puede quejarse ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-

800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de Cubierta o con este envío, o puede contactar a Servicios al Afiliado para información adicional.

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than Spanish, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled non-Spanish speaking members. We can also give you information in Spanish, 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 (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the

Office of Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services for additional information.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso a tiempo a sus servicios y medicamentos cubiertos

Como afiliado de nuestro plan, usted tiene derecho a escoger un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) de la red del plan para que provea y coordine sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 le explica más). Llame a Servicios al Afiliado para saber cuáles médicos están aceptando pacientes nuevos (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto). No requerimos que obtenga un referido para visitar a proveedores de la red.

Como afiliado del plan, 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, Sección 10 de este folleto le dice qué puede hacer. (Si hemos denegado cubierta para su cuidado médico o medicamentos y no está de acuerdo

con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 4 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.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la recopilación de 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.
- En la mayoría de los casos, si le damos 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*. Un permiso por escrito puede ser provisto por usted 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.
    - Por ejemplo, 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.

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 sobe la privacidad de su información personal de salud, por favor, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

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 especifica. 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 Practicas 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. Nosotros no le vamos a penalizar ni se van a tomar represalias contra usted por presentar una queja al Departamento de Servicios de Salud, Oficina 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), 1-866-333-5469 (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 PMC Max, usted tiene derecho a recibir varias clases de información de nosotros. (Como explicamos en la Sección 1.1, usted tiene derecho a obtener nuestra información en formatos útiles para usted. Esto incluye proveerle información en idiomas que no sean el español, en letra agrandada y otros formatos alternos).

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, por favor, comuníquese con Servicios al

Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de la compañía. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones hechas por afiliados y las clasificaciones de estrellas de la empresa, incluyendo cómo el plan ha sido calificado por sus afiliados y cómo se compara con otros planes de salud Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red, incluyendo nuestras farmacias de la red.**
    - Por ejemplo, usted tiene derecho a solicitarnos información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias en nuestra red y cómo les pagamos.
    - Plans obtener una lista de los proveedores y farmacias en la red del plan, vea el *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
    - Para información más detallada sobre nuestros proveedores y farmacias, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto) o visite nuestra página de Internet, en www.mmmpr.com.
- **Información sobre su cubierta y las reglas que tiene que seguir cuando utilice su cubierta.**
    - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos tiene cubiertos, cualquier

restricción en su cubierta y las reglas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos.

- Para obtener detalles sobre su cubierta de medicamentos recetados de la Parte D, vea los Capítulos 5 y 6 de este folleto, así como también la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario). Estos capítulos, junto con la Lista de Medicamentos Cubiertos, le dicen qué medicamentos están cubiertos y le explican las reglas que tiene que seguir y sus restricciones de cubierta para algunos medicamentos.
- Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, por favor, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no están cubiertos para usted o si su cubierta está restringida de alguna manera, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación aun habiendo obtenido el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
  - Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con alguna decisión que tomemos relacionada con qué servicios médicos o medicamentos de la Parte D están cubiertos para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos nuestra

decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión presentando una querella. Para detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted del modo en que cree que se debe cubrir, vea el Capítulo 9 de este folleto. El mismo le explica los pormenores sobre cómo hacer una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también le explica cómo presentar una queja sobre calidad de cuidado, tiempos de espera y otras inquietudes).

- Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por cuidado médico o por un medicamento recetado de la Parte D, vea el Capítulo 7 de este folleto.

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 cuando va a recibir cuidado médico. 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.** Esto significa que 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 conytrario. 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.
- **Recibir una explicación si se le deniega cubierta para su cuidado.** Usted tiene derecho a recibir una explicación por parte nuestra si un proveedor le ha denegado el cuidado que entiende debe recibir. Para

obtener esta explicación, tendrá que solicitarnos una decisión de cubierta. El Capítulo 9 de este folleto le dice cómo solicitarle al plan una decisión de cubierta.

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.** Si desea preparar una directriz anticipada, 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** (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).
- **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 en el mismo 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. Recuerde guardar una copia en su hogar.

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

- Si le admiten 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 querella ante el Departamento de Salud.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

De tener cualquier problema o inquietud relacionada con sus servicios cubiertos o cuidado de salud, el Capítulo 9 de este folleto le indica qué puede hacer. El mismo le da detalles sobre cómo manejar todo tipo de problemas y quejas. Lo que necesita hacer para darle seguimiento a un problema o preocupación depende de la situación. Podría tener que pedirle al plan que tome una decisión de cubierta, presentar una apelación para cambiar una decisión de cubierta, o presentar una queja. Independientemente de lo que haga – pedir una decisión

de cubierta, presentar una apelación o presentar una queja – **estamos obligados a tratarlo justamente.**

Usted tiene derecho a recibir un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros afiliados han presentado contra nosotros en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

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 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** (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.** Para detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con la misma, 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 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** (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).
- Puede **programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés).** Para más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con la misma, 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene varias responsabilidades como afiliado del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como afiliado del plan está detallado a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener dichos servicios.** Utilice este folleto de 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, incluyendo lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas a seguir y lo que paga.

  - 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.** Por favor, llame a Servicios al Afiliado para informarnos (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).
  - Estamos obligados a seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurar que usted esté utilizando toda su cubierta combinada cuando obtenga servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se le llama **"coordinación de beneficios"** porque consiste en coordinar los beneficios de salud y medicamentos que recibe de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos que recibe de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos disponible para usted. Nosotros le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para más información sobre la coordinación de beneficios, vea el Capítulo 1, Sección 10).
- **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 ayudar a que sus médicos y otros proveedores de la salud le den el mejor cuidado posible, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y provéales toda la información que necesiten sobre usted y su 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.
    - Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas. Sus médicos y otros proveedores de la salud deben explicarle las cosas de manera que usted pueda entenderlas. Si pregunta algo y no entiende la respuesta que le dan, pregunte otra vez.
- **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:

- Para ser elegible para nuestro plan, tiene que tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos afiliados del plan tienen que pagar una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los afiliados tienen que pagar una prima por la Parte B de Medicare para permanecer como 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. Esto será un copago (una cantidad fija) o un coaseguro (un por ciento del costo total). El Capítulo 4 le dice lo que tiene que pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le dice lo que tiene que pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
  - Si usted obtiene algún servicio médico o medicamento que no este cubierto por el plan o por otro seguro que usted tenga, usted tendrá que pagar el costo total.
  - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle cubierta por un servicio o medicamento, puede hacer una apelación. Por favor, vea el Capítulo 9 de este folleto para información sobre cómo hacer una apelación.
- 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 pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para poder permanecer como afiliado del plan.

- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos lo diga inmediatamente. Llame a Servicios al Afiliado (los números aparecen impresos al dorso de este folleto).
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir como afiliado.** (El Capítulo 1 le informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a confirmar que está mudándose fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá disponible un Período Especial de Afiliación durante el cual podrá afiliarse a cualquier plan Medicare que esté disponible en su nueva área. Podemos indicarle si tenemos un plan en su nueva área.
  - **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, de todos modos, debemos saberlo** para poder mantener su expediente de afiliación al día y saber cómo comunicarnos con usted.
  - Si se muda, también es importante que le notifique a la Administración del Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Podrá encontrar

el número telefónico e información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.

- **Llame a Servicios al Afiliado para ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** Recibimos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener sobre cómo mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y horarios de llamadas para Servicios al Afiliado están impresos al dorso de este folleto.
  - Para más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluyendo nuestra dirección postal, por favor, vea el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción 437

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o preocupación 437

Sección 1.2 Acerca de los términos legales 437

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones del gobierno que no están relacionadas con nuestro plan 439

Sección 2.1 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada 439

SECCIÓN 3 ¿Cuál proceso debe usar para atender su problema? 440

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cubierta y apelaciones? ¿O, debe utilizar el proceso para presentar quejas? 440

DECISIONES DE CUBIERTA Y APELACIONES.....442

SECCIÓN 4 Guía básica sobre decisiones de cubierta y apelaciones 442

Sección 4.1 Solicitando decisiones de cubierta y haciendo apelaciones: el panorama completo 442

Sección 4.2 Cómo conseguir ayuda si está solicitando una decisión de cubierta o haciendo una apelación.....445
Sección 4.3 ¿Cuál sección de este capítulo le brinda detalles sobre su situación? 447

SECCIÓN 5 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cubierta o hacer una apelación.....448
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 448
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cubierta (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o provea la cubierta de cuidado médico que desea).....452
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la reevaluación de una decisión de cubierta sobre cuidado médico tomada por nuestro plan) 460
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 2.....468
Sección 5.5 ¿Qué pasa si nos pide que le reembolsemos nuestra parte de una factura por cuidado médico que recibió?....473

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación 476

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 476

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 481

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber sobre solicitar excepciones.....485

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cubierta, incluyendo una excepción 487

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la reevaluación de una decisión de cubierta tomada por nuestro plan).....495

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 2.....501

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos el cubrir una hospitalización más larga si considera que el médico le está dando de alta muy pronto.....507

Sección 7.1 Durante su hospitalización, usted recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos.....508

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital 511
Sección 7.3 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital 517
Sección 7.4 ¿Qué sucede si se le pasa la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1?.520

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos una extensión de cubierta para algunos servicios médicos si entiende que su cubierta está terminando muy pronto 527
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).....527
Sección 8.2 Le informaremos por adelantado cuando su servicio esté por terminar 529
Sección 8.3 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado por más tiempo 530
Sección 8.4 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado por más tiempo 535

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se le pasa la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1?.538

SECCIÓN 9 Llevando su apelación al Nivel 3 y más allá 544

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes de Servicios Médicos 544

Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes para Medicamentos Recetados de la Parte D.....548

PRESENTACIÓN DE QUEJAS 551

SECCIÓN 10 Cómo hacer una queja sobre la calidad del servicio, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras preocupaciones 551

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan a través del proceso de quejas?.....551

Sección 10.2 El término formal para la frase “hacer una queja” es “radicar una querella”.....555

Sección 10.3 Paso a paso: Dando una queja.....556

Sección 10.4 También puede dar quejas sobre calidad del cuidado a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad 558

Sección 10.5 También puede comunicarle su queja a Medicare.....559

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 tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cubierta y apelaciones.**
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas.**

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar el trato justo y el manejo rápido de sus problemas, cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y fechas límites que tanto nosotros como usted tenemos que seguir.

¿Cuál debe usar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Hay términos legales técnicos 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 describe los procedimientos y las reglas legales usando palabras sencillas en lugar de algunos términos legales. Por ejemplo, este Capítulo generalmente dice “dar una queja” en vez de “radicar una querella”; “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) para la situación en la que se encuentre el conocer los términos legales correctos. Saber cuáles términos usar le ayudará a comunicarse con más claridad y exactitud cuando esté manejando su problema, y a 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 Puede obtener ayuda de organizaciones del gobierno que no están relacionadas con nuestro plan

Sección 2.1 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada

A veces, el proceso de comenzar a manejar un problema o de darle seguimiento puede ser confuso. Esto es verdaderamente cierto cuando no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, puede ser que no tenga el conocimiento necesario para dar el próximo paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero, en algunas situaciones, usted también podría querer ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nuestro plan. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés)**. Este programa gubernamental cuenta con consejeros adiestrados en todos los estados. 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 en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

También puede obtener asistencia e información de Medicare

Para más información y asistencia en la resolución de su problema, también puede comunicarse con Medicare. Aquí tiene dos maneras de obtener información directamente de 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.
- Puede visitar la página de Internet de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Cuál proceso debe usar para atender su problema?

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cubierta y apelaciones? ¿O, debe utilizar el proceso para presentar quejas?

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.

Para ver cuál parte de este capítulo le ayudará con su preocupación o problema específico, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema tiene que ver con sus beneficios o cubierta?

(Esto incluye problemas sobre qué cuidado médico o medicamentos recetados en particular están cubiertos o no, la manera en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago por cuidado médico o medicamentos recetados).

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cubierta

Vaya a la próxima sección de este capítulo, **Sección 4, "Guía básica sobre decisiones de cubierta y apelaciones".**

No. Mi problema no tiene que ver con beneficios o cubierta.

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

El proceso para solicitar decisiones de cubierta y apelaciones tiene que ver con problemas relacionados con sus beneficios y cubierta, incluyendo problemas relacionados con 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

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 toma una decisión (favorable) de cubierta para usted cada vez que le brinda cuidado médico o cuando le refiere a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con el plan y pedir una decisión de cubierta si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o no acepta proveer cuidado médico que usted entiende que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de

recibirlo, puede solicitarnos una decisión de cubierta. 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.

Tomamos una decisión de cubierta por usted cada vez que decidamos qué está cubierto y cuanto pagamos. En algunos casos, podemos determinar que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cubierta, puede hacer una apelación.

Haciendo una apelación

Si tomamos una decisión de cubierta y usted no está satisfecho con la misma, puede “apelarla”. Una apelación es una manera formal de pedirnos que reevaluemos y cambiemos una decisión de cubierta que hayamos tomado.

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 todas las reglas

correctamente. Su apelación es tramitada por analistas diferentes a los que tomaron la decisión original que no le favoreció. Cuando completemos la evaluación, le comunicaremos nuestra decisión. En algunas circunstancias, que se comentarán más adelante, usted puede solicitar una apelación acelerada o "decisión rápida de cubierta" o una apelación rápida de una decisión de cubierta. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación, 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 apelación, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si decimos que no a toda o parte de su Apelación en Nivel 1, usted 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. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión en el Nivel 2 Apelación, es posible que pueda continuar a través de niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 Cómo conseguir ayuda si está solicitando una decisión de cubierta o haciendo una apelación

¿Quisiera ayuda? A continuación, encontrará recursos que podría querer utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cubierta o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios al Afiliado** (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).
- Puede **obtener asistencia gratis de** su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (vea la Sección 2 de este capítulo).

- **Su médico puede hacer la solicitud por usted.**
  - 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 solicitar una apelación más allá del Nivel 2, su médico debe ser nombrado su representante.
  - 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 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación más allá del Nivel 2, su médico u otro médico que recete debe ser nombrado su representante.

- **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.
    - Podría haber alguien que ya esté legalmente autorizado para representarle bajo la ley estatal.
    - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto) 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.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** 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 tipos de 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 (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto). También puede obtener asistencia o información de organizaciones gubernamentales como su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (El Capítulo 2, Sección 3, de este folleto tiene los números de teléfono de este programa).

SECCIÓN 5 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cubierta o hacer una apelación

¿Ya leyó la Sección 4 de este capítulo (*Guía básica sobre decisiones de cubierta y apelaciones)?* Si no la ha leído, quizás quiera hacerlo antes de comenzar esta sección.

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

Esta sección trata sobre sus beneficios para cuidado y servicios médicos. Estos son los beneficios que se describen en el Capítulo 4 de este folleto: *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" en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez "cuidado o tratamiento o servicios médicos". El término "cuidado médico" 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.
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.
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.
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.

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.

- 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 una sección diferente en este capítulo porque hay reglas especiales que aplican a estos tipos de cuidado. En estas situaciones, debe leer lo siguiente:

    - Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitarnos el que continuemos cubriendo una hospitalización más larga si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
    - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos el que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cubierta está terminando muy pronto.* Esta sección trata sobre solo cuatro servicios: 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).

Para *todas las otras* situaciones en las cuales se le notifique que el cuidado médico que ha estado recibiendo se va a suspender, use esta sección (Sección 5) como su guía para saber que hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si esta es su situación:	Lo que puede hacer:
Para saber si cubriremos el cuidado médico que desea.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cubierta para usted. Pase a la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 5.2.**
Si ya le notificamos que no cubriremos o pagaremos por un servicio médico de la manera en que desea que se cubra o se pague.	Puede hacer una **apelación**. (Esto significa que nos está pidiendo una reconsideración). Pase a la **Sección 5.3** de este capítulo.
Si quiere pedirnos un reembolso por cuidado o médico que ya recibió y pagó.	Puede enviarnos la factura. Pase a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cubierta (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o provea la cubierta de cuidado médico que desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cubierta tiene que ver con su cuidado médico, se llama **“determinación de la organización”.**

Paso 1: Usted nos pide que tomemos una decisión de cubierta relacionada con el cuidado médico que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **“decisión rápida de cubierta”.**

Términos legales
A una “decisión rápida de cubierta” se le llama una **“decisión acelerada (expedita)”.**

Cómo solicitar cubierta para el cuidado médico que desea

- 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.
- Para detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cubierta relacionada con su cuidado médico.*

Por lo general, utilizamos las fechas límites estándar para comunicarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, utilizaremos las fechas límites “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límites “rápidas”. **Una decisión estándar de cubierta quiere decir que le estaremos dando una respuesta dentro de 14 días naturales** 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,** para una petición **de un artículo o servicio médico, podríamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted pide más tiempo, o si necesitamos información (como

expedientes médicos de proveedores fuera de la red) que le podría beneficiar. Si decidimos tomar días adicionales para comunicarle nuestra decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para llegar a una decisión si su petición es para un medicamento recetado bajo la Parte B de Medicare.

- Si entiende que *no* debemos tomar días adicionales, puede radicar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando haga una queja rápida, responderemos a su queja dentro de 24 horas. (El proceso para presentar quejas es diferente al proceso para decisiones de cubierta y apelaciones. Para más información sobre el proceso para hacer quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, solicite que le demos una "decisión rápida de cubierta"

- **Una decisión rápida de cubierta significa que le contestaremos dentro de 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 contestaremos dentro de 24 horas.**
    - **Sin embargo,** para una petición **de artículo o servicio médico, podríamos tomarnos**

hasta 14 días calendario adicionales si descubrimos que falta alguna información que podría beneficiarle a usted, (como un expediente médico de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para proveernos información que debamos evaluar. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para llegar a una decisión si su petición es para un medicamento recetado bajo la Parte B de Medicare.

- Si entiende que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para más información sobre el proceso de presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto tomemos una decisión.

- **Para obtener una decisión rápida de cubierta, debe reunir dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión rápida de cubierta solo si está solicitando cubierta para cuidado médico *que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión rápida de cubierta si su solicitud es para el pago por cuidado médico que ya ha recibido).

- Puede obtener una decisión rápida de cubierta *solo* si el usar las fechas límites estándar pudiera *causarle daño grave a su salud o perjudicar su funcionamiento.*

- **Si su médico nos informa que su salud requiere una "decisión rápida de cubierta", accederemos automáticamente a darle una decisión rápida de cubierta.**
- Si solicita una decisión rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos esa decisión rápida.
  - Si decidimos que su condición médica no reúne los requisitos para darle una decisión rápida de cubierta, le enviaremos una carta que así lo indique (y en su lugar, utilizaremos las fechas límites estándar).
  - Dicha carta le comunicará que, si su médico solicita la decisión rápida de cubierta, automáticamente se la daremos.
  - La carta también explicará cómo puede hacer una "queja rápida" sobre nuestra determinación de darle una decisión estándar de cubierta en lugar de la decisión rápida de cubierta que solicitó. (Para más información sobre el proceso de presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo).

<u>Paso 2:</u> Consideramos su solicitud de cubierta para cuidado médico y le damos nuestra respuesta.

Las fechas límites para una decisión "rápida" de cubierta

- Por lo general, para una decisión rápida de cubierta de una solicitud para un artículo o servicio médico, le responderemos **dentro de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le contestaremos **dentro de 24 horas**.
  - Como se explica anteriormente, podríamos tardar 14 días naturales adicionales en algunas circunstancias. Si determinamos que necesitaremos días adicionales para tomar la decisión de cubierta, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para llegar a una decisión si su solictud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si entiende que *no* debemos tomar días adicionales, puede hacer una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Si hace una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (Para más información sobre el proceso de presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo).

- Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas (o, de haber un periodo de tiempo extendido al finalizar ese plazo), o dentro de 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a hacer una apelación. La Sección 5.3 a continuación le dice cómo hacer una apelación.

- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no.

Las fechas límites para una decisión de cubierta "estándar"

- Por lo general, para una decisión estándar de cubierta de una solicitud para un artículo o servicio médico, le responderemos **a más tardar dentro de 14 días naturales luego de haber recibido su solicitud.** Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de 72 horas** luego de haber recibido su solicitud.
  - Para una solicitud para un artículo o servicio médico, podríamos tardar hasta 14 días naturales adicionales ("un período extendido de tiempo") en algunas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cubierta, 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 hacer una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Si hace una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (Para más información sobre el proceso de hacer quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta dentro de 14 días naturales (o si hay un periodo extendido de tiempo después que termina ese plazo) o dentro de 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, usted tiene derecho a hacer una apelación. La Sección 5.3 a continuación le dice cómo hacer una apelación.

- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no.

Paso 3: Si decimos no a su petición de cubierta para cuidado médico, usted decide si quiere hacer una apelación.

- Si decimos no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos y, tal vez, cambiemos nuestra decisión, mediante una apelación. Hacer una

apelación significa hacer otro intento para conseguir la cubierta para el cuidado médico que desea.

- Si decide hacer una apelación, quiere decir que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (vea la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la reevaluación de una decisión de cubierta sobre cuidado médico tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cubierta de cuidado médico se llama una **"reconsideración"** por parte del plan.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y haga su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico, o su representante tienen que comunicarse con nosotros.** Para detalles

sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier asunto relacionado con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre su cuidado médico.*

- **Si está solicitando una apelación estándar, haga la misma por escrito mediante una solicitud.**
    - Si alguien, aparte de su médico, está apelando nuestra decisión por usted, su apelación debe incluir un formulario de Nombramiento de Representante que autorice a esa persona a representarle. Para obtener el formulario, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto) y solicite el formulario "Nombramiento de Representante". 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 página de Internet, en www.mmmpr.com. Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o finalizar nuestra evaluación hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de 44 días naturales luego de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una

decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito explicándole su derecho a solicitar una revisión de nuestra decisión de desestimar su apelación a la Organización Independiente de Revisión.

- **Si está solicitando una apelación rápida, haga la misma por escrito o llámenos** al número telefónico que aparece en el Capítulo 2, Sección 1. (*Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre su cuidado médico*).
- **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 para no cumplir con la fecha límite pueden ser el haber tenido 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 y añadirle más información para respaldar su apelación.**
  - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación. Se nos permite cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer su solicitud por teléfono)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se llama una **"apelación acelerada (expedita)".**

- Si está apelando una decisión que hemos tomado sobre cubierta por cuidado que aún no ha recibido, usted y/o su médico deben decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que se utilizan para obtener una "decisión rápida de cubierta". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión rápida de

cubierta. (Estas instrucciones aparecen anteriormente en esta sección).

- Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", se la daremos.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando evaluamos su apelación, volvemos a analizar cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cubierta para cuidado médico. Verificamos que hayamos seguido todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Podríamos comunicarnos con usted o con su médico para obtener la misma.

Fechas límites para una apelación "rápida"

- De utilizar las fechas límites 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 así lo hagamos.
    - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, podríamos **tomar hasta 14 días naturales adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico**.** Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No

podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión 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. Más adelante en esta sección, le hablaremos sobre esta organización y le explicaremos lo que sucede en 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 enviaremos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Fechas límites para una apelación estándar

- De utilizar las fechas límites estándar, y su solicitud es para un artículo o servicio médico, debemos darle una respuesta **dentro de 30 días naturales** después de recibir su apelación si esta es sobre cubierta para servicios médicos que aún no ha

recibido. 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 recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos tomar hasta 14 días naturales adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico**.** Si decidimos que necesitamos tomar días adicionales para tomar la decisión, 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” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, contestaremos a la misma dentro de 24 horas. (Para más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite aplicable que se menciona anteriormente, (o para el final del período extendido de tiempo si tomamos días adicionales para su solicitud para artículos o

servicios médicos), se nos requiere enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una Organización de Revisión Independiente la evaluará. Más adelante en esta sección le hablaremos sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué sucede en 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 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 nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó,** enviaremos su apelación automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

<u>Paso 3:</u> Si la respuesta de nuestro plan es no a parte o a toda su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que seguimos todos los pasos cuando dijimos que no a su apelación, **se nos requiere enviar su apelación a una "Organización de Revisión Independiente".** Hacer esto significa que su apelación pasa al

próximo nivel del proceso de apelaciones, el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 2

Si denegamos su Apelación de Nivel 1, su caso pasará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** analiza nuestra decisión con respecto a su primera apelación. Esta organización decide si nuestra decisión se debe cambiar.

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.**

<u>Paso 1:</u> La Organización de Revisión Independiente evalúa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una entidad independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno.

Esta compañía es elegida por Medicare para que cumpla con el rol de ser la Organización Independiente de Revisión. Medicare supervisa su trabajo.

- 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

- Si presentó una apelación rápida en el Nivel 1 ante nosotros, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **a más tardar 72 horas** después de recibir la misma.

- 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

- Si usted le presentó a nuestro plan una apelación estándar en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2. 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 o dentro de las 72 horas siguientes a la fecha en que nosotros recibimos la decisión de la organización de revisión para solicitudes rápidas.
- **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** o dentro de las **24 horas** siguientes a la fecha en que nosotros recibamos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes rápidas**.

- **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". También se llama "rechazar su apelación").
    - Si la Organización de Revisión Independiente "sostiene la decisión", usted tiene derecho a hacer una Apelación en Nivel 3. Sin embargo, para hacer otra Apelación en Nivel 3, el valor en dólares de la cubierta de cuidado médico que está solicitando tiene que alcanzar una cantidad mínima específica. Si el valor en dólares de la cubierta que solicita es muy bajo, no puede hacer otra apelación, lo que significa que la decisión en Nivel 2 es final. La notificación escrita que usted recibirá de la Organización Independiente de Revisión le explicará cómo encontrar el valor monetario para continuar con el proceso de apelaciones.

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 su Apelación en Nivel 2 es rechazada y usted reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelación, tiene que decidir si quiere seguir al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo aparecen en la notificación escrita que recibe después de su Apelación en Nivel 2.
- El Nivel 3 de Apelación es manejado 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 apelación.

Sección 5.5 ¿Qué pasa si nos pide que le reembolsemos nuestra parte de una factura por cuidado médico que recibió?

Si quiere pedirnos que paguemos por cuidado médico, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos el que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales 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 para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cubierta (para más información sobre decisiones de cubierta, vea la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cubierta, debemos verificar que el cuidado médico por el que pagó es un servicio cubierto (vea el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga*). También verificaremos que usted haya seguido todas las reglas de uso de cubierta para obtener cuidado médico (estas reglas están en el Capítulo 3 de este folleto: *Usando la cubierta del plan para sus servicios médicos*).

Contestaremos sí o no a 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 de su cuidado médico dentro de 60 días naturales luego de recibir su solicitud. O, si aún no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (Enviar el pago es lo mismo que decir que *sí* a su solicitud de decisión de cubierta).
- 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 en detalle. (Denegar una solicitud de pago es lo mismo que responder *no* a su solicitud de decisión de cubierta).

¿Qué pasa si solicita un pago y decimos que no vamos a pagar?

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. Vaya a esta sección para instrucciones paso a paso. Al seguir estas instrucciones, por favor recuerde que:

- Si hace una apelación para reembolso, 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 por su cuenta, no se le permitirá solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización Independiente de Revisión revoca nuestra decisión de denegar el pago que solicitó, 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

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (Guía básica sobre decisiones de cubierta y apelaciones)? Si no la ha leído, quizás quiera hacerlo antes de comenzar esta sección.

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

Sus beneficios como afiliado de nuestro plan incluyen cubierta para muchos medicamentos recetados. Favor de referirse a la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para que se cubran, los medicamentos tienen que usarse para indicaciones médicamente aceptadas. (Una “indicación médicamente aceptada” se refiere al uso de un medicamento tal y como ha sido aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) o respaldado por algunos libros de referencia. Vea el Capítulo 5, Sección 3 para más información sobre indicaciones médicamente aceptadas).

- **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”.

- Para detalles sobre qué queremos decir cuando nos referimos a medicamentos de la Parte D, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, las reglas y restricciones de cubierta, e información de costos, vea el Capítulo 5 (*Usando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones y apelaciones de cubierta de la Parte D

Como ya mencionamos en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cubierta es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cubierta o con respecto a la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión inicial de cubierta sobre sus medicamentos de la Parte D frecuentemente se conoce como una **“determinación de cubierta”.**

He aquí algunos ejemplos de decisiones de cubierta que pudiera solicitarnos hacer con respecto a sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, incluyendo:
    - Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan
    - 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)
    - Solicitar pagar una cantidad más baja del costo compartido para un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto
- Nos pregunta si, en su caso, un medicamento está cubierto y si usted cumple con las reglas de cubierta aplicables. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan, pero requerimos que nos pida aprobación antes de extenderle la cubierta).
    - Por favor recuerde: Si su farmacia le dice que su receta no se puede despachar según está escrita, la farmacia le facilitará una notificación escrita explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cubierta.
- Usted nos pide que paguemos por un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de decisión de cubierta relacionada con pagos.

Si está en desacuerdo con una decisión de cubierta que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cubierta y cómo presentar apelaciones. Use la siguiente tabla para ayudarle a determinar cuál parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si usted está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción a un medicamento que cubrimos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cubierta). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.

Si usted está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos y usted entiende que cumple con las reglas o restricciones (tales como obtener preautorización) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cubierta Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo
Si quiere pedirnos un reembolso por un medicamento que ya le despacharon y pagó.	Puede pedirnos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cubierta). Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo
Si ya le notificamos que no cubriremos o pagaremos por un medicamento en la manera en que usted quiere que se cubra o se pague.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo una reconsideración). Pase a la **Sección 6.5** de este capítulo

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

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. Como en otros tipos de decisiones de cubierta, si denegamos su solicitud para que se le haga una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicite una excepción, su médico u otra persona que le recete, tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. 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 Cubiertos (Formulario)"*** ("Lista de Medicamentos", para abreviar).

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”.**

- Si accedemos a hacer una excepción y 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 copago o coaseguro que requerimos que usted pague por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción en la cubierta del plan para un medicamento cubierto**. Hay reglas y restricciones adicionales que aplican a algunos medicamentos en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* (para más información, vaya al Capítulo 5, Sección 4).

Términos legales
El pedir que se elimine una restricción en la cubierta para un medicamento es, a veces, llamado pedir una **“excepción al formulario”.**

- Las reglas y restricciones adicionales en la cubierta para algunos medicamentos incluyen:
  - *Requerir el uso de la versión genérica* de un medicamento en lugar de la de marca.
  - *Obtener aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto a veces se conoce como “preautorización”).
  - *Requerir que pruebe un medicamento distinto* antes de que acordemos cubrir el medicamento que está solicitando. (Esto a veces se conoce como “terapia escalonada”).
  - *Límites en cantidades*. En el caso de algunos medicamentos, hay restricciones a la cantidad que puede obtener.
- 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 5 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.

Términos legales
Solicitar un precio menor para un medicamento cubierto no preferido, a veces se llama pedir una **"excepción de niveles".**

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamento(s) alterno(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 / los medicamento(s) alterno(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 al costo compartido que aplica al nivel más bajo que contiene alternativas para 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 alterno 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 de excepción es no, puede pedirnos una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. La Sección 6.5 de este capítulo le dice cómo hacer una apelación si respondemos negativamente.

La próxima sección le dice cómo solicitar una decisión de

cubierta, incluyendo una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cubierta, incluyendo una excepción

<u>Paso 1:</u> Usted le solicita a nuestro plan que tome una decisión de cubierta sobre el(los) medicamento(s) o el pago que necesita. **Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedir que tomemos una "decisión rápida de cubierta"**. **No puede pedir una decisión rápida de cubierta si está solicitando un reembolso por un medicamento que ya compró**.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cubierta que desea.** Para hacer su solicitud, el primer paso es llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax. Usted, su representante, o su médico (u otra persona que le recete) pueden hacer esto. También pueden acceder al proceso de decisiones de cubierta a través de nuestra página de Internet. Para más detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cubierta sobre sus medicamentos de la Parte D.* O, si nos está solicitando un reembolso por un medicamento, vaya a la sección titulada, A *dónde enviarnos una solicitud para que paguemos por nuestra parte del costo*

del cuidado médico o medicamento que ya ha recibido.

- **Usted, su médico o alguna otra persona que actúe en su nombre** puede solicitar una decisión de cubierta. La Sección 4 de este capítulo le dice cómo puede darle un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede solicitar que un abogado actúe en representación suya.
- **Si desea pedirnos un reembolso por un medicamento,** empiece por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales puede necesitar solicitarnos un reembolso. También le dice cómo enviarnos la documentación para solicitar un reembolso por la parte que nos toca del costo de un medicamento que usted ya haya pagado.
- **Si está solicitando una excepción, provea la declaración de respaldo.** Su médico u otra persona que le recete tiene que darnos las razones médicas para la excepción de medicamento que está solicitando. (Le llamamos a esto “declaración de respaldo”). Su médico u otra persona que le recete puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O, su médico u otra persona que le recete puede darnos la explicación por teléfono y, para sustentarla,

enviarnos por fax o por correo la declaración escrita, de ser necesario. Vea las Secciones 6.2 y 6.3 de este capítulo para más información sobre solicitudes de excepción.

- **Debemos aceptar cualquier solicitud escrita,** incluyendo una solicitud enviada en el formulario modelo de Solicitud de Determinación de Cubierta de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), o en el formulario del plan disponible en nuestra página de Internet.

Términos legales
Una “decisión rápida de cubierta” es también conocida como una “**determinación acelerada (expedita) de cubierta”**.

Si su salud así lo requiere, pídanos que le demos una “decisión rápida de cubierta”.

- Cuando le demos nuestra decisión, usaremos las fechas límites estándar, a menos que hayamos acordado usar las fechas límites “aceleradas”. Una decisión estándar de cubierta significa que le daremos una respuesta a más tardar 72 horas luego de recibir la declaración de su médico. Una

decisión rápida de cubierta significa que le responderemos dentro de 24 horas luego de recibir la declaración de su médico.

- **Para obtener una decisión rápida de cubierta, tiene que cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión rápida de cubierta solo si está solicitando *un medicamento que todavía no haya recibido.* (No puede solicitar una decisión rápida de cubierta si nos está pidiendo que le reembolsemos por un medicamento que ya compró).
  - Puede obtener una decisión rápida de cubierta *solo* si el esperar por las fechas límites estándar pudiese *causar serios daños a su salud o afectar su capacidad para funcionar.*
- **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.**
- Si solicita una decisión rápida de cubierta por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otra persona que le recete), nosotros determinaremos si su situación de salud requiere que le demos una decisión rápida de cubierta.
  - Si determinamos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cubierta, le enviaremos una carta

que así lo indique (y usaremos las fechas límites estándar).

- Esta carta le explicará que, si su médico u otra persona que le recete solicita una decisión rápida de cubierta, automáticamente se la daremos.
- La carta también le dirá cómo puede radicar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cubierta en vez de la decisión rápida de cubierta que solicitó. Le dirá cómo hacer una queja “rápida”, lo cual quiere decir que tendría una respuesta a su queja dentro de 24 horas luego de haberla recibido. (El proceso para presentar quejas es diferente al proceso de decisiones de cubierta y apelaciones. Para más información sobre el proceso para presentar quejas, vea la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta

Fechas límites para una decisión de cubierta “rápida”

- Si estamos usando las fechas límites rápidas, tenemos que responder a su solicitud **en 24 horas**.
  - Por lo general, esto significa que responderemos 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le

daremos nuestra respuesta a más tardar 24 horas luego de recibir la declaración 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. Más adelante en esta sección, hablamos sobre la organización de revisión y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.

- **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 declaración médica que respalda 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.

Fechas límites estándar para una decisión de cubierta con respecto a un medicamento que aún no haya recibido

- Bajo las fechas límites estándar, tenemos que darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas.**

  - Por lo general, esto significa 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de 72 horas luego de recibir la declaración 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. Más adelante en esta sección hablamos sobre la organización revisora y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó**
  - Si aprobamos su solicitud de cubierta, tenemos que **proveer la cubierta** acordada **dentro de 72 horas** luego de recibir su solicitud o la declaración del médico en respaldo a 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.

Fechas límites estándar para decisiones 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. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre la organización revisora y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **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 3: Si nuestra respuesta es no a su solicitud de cubierta, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si nuestra respuesta es no, usted tiene derecho a hacer una apelación. Hacer una apelación quiere decir que nos está pidiendo que reconsideremos y, posiblemente, cambiemos la decisión que tomamos.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la reevaluación de una decisión de cubierta tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cubierta para un medicamento de la Parte D se llama una "**redeterminación**" del plan**.**

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y hace su Apelación de Nivel 1. Si su salud requiere de una respuesta rápida, tiene que pedir una "**apelación rápida**".

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona que le recete) tiene que comunicarse con nosotros.**
  - Para detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o mediante nuestra página de Internet para cualquier asunto relacionado con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y

busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre sus medicamentos de la Parte D.*

- **Si está solicitando una apelación estándar, haga su apelación enviando una solicitud por escrito.**
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacer la misma por escrito o nos puede llamar al número telefónico que aparece en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre sus medicamentos de la Parte D).*
- **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.
- **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, podríamos darle más tiempo para hacer su apelación. Ejemplos de buenas razones para no cumplir con

la fecha límite son: 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 relacionada con su apelación y añadir más información.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación. Se nos permite cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.
  - Si lo desea, usted y su médico u otra persona que le recete pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
A una “apelación rápida” también se le llama una **“redeterminación acelerada (expedita)”.**

Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomamos con respecto a la cubierta de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona

que le recete deben decidir si necesita una "apelación rápida".

- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" que se encuentran en la Sección 6.4 de este capítulo, son los mismos que se utilizan para obtener una "decisión rápida de cubierta".

Paso 2: 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"

- Si estamos utilizando las fechas límites 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 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. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización y

explicamos lo que sucede en 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

- Si estamos utilizando las fechas límites estándar, tenemos que darle una respuesta **dentro de 7 días naturales** después de recibir su apelación para un medicamento que aún no ha recibido. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su condición de salud requiere que así lo hagamos. Si entiende que su salud lo requiere, debe solicitar una apelación “rápida”.
    - 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. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó -**
    - Si aprobamos su solicitud de cubierta, tenemos que **proveer la cubierta** que acordamos tan rápido como su salud lo necesite, pero **no más tarde de 7 días naturales** luego de recibir su apelación.
    - Si aprobamos su solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, se nos requiere enviarle **el pago dentro de 30 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.

- Si está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya compró, tenemos que responderle dentro de **14 días naturales** luego de recibir su solicitud.

    - Si no le brindamos una decisión dentro de 14 días naturales, se nos requiere enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección le hablamos sobre esta organización de revisión y le explicamos lo que sucede en una Apelación de Nivel 2.

- **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 3: Si respondemos que no a su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso y hacer *otra* apelación.

- Si denegamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o seguir adelante con otra apelación.

- Si decide hacer otra apelación, esto significa que pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (vea a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 2

Si denegamos su apelación, usted decide si acepta esta decisión o si sigue el proceso y hace otra apelación. Si decide hacer una Apelación de Nivel 2, la **Organización Independiente de Revisión** analiza la decisión que tomamos cuando contestamos que no a su primera

apelación. Esta organización determina si nuestra decisión debe cambiarse.

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.

<u>Paso 1:</u> Para hacer una Apelación de Nivel 2, 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.
- Cuando haga una apelación ante la Organización Independiente de Revisión, nosotros le enviaremos a esta organización la información

que tengamos sobre su apelación. 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 Independiente de Revisión información adicional para respaldar su apelación.

<u>Paso 2:</u> La Organización Independiente de Revisión evalúa su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización Independiente de Revisión es una entidad externa independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para evaluar nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D en nuestro plan.
- Los analistas de la Organización Independiente de Revisión evaluarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará las razones para haberla tomado.

Fechas límites para "apelaciones rápidas" en el Nivel 2

- 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.
- **Si la Organización Independiente de Revisión responde que sí a parte o a todo lo que solicitó**, nosotros tenemos que proveer la cubierta de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de 24 horas** luego de recibir la decisión de la organización de revisión.

Fechas límites para apelaciones estándar en el Nivel 2

- Si hizo una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión tiene que responder a la misma **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.

- **Si la Organización Independiente de Revisión responde que sí a parte o a todo lo que solicitó -**
  - Si la Organización Independiente de Revisión aprueba su solicitud de cubierta, tenemos que **proveer la cubierta de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **a más tardar 72 horas** después de recibir la decisión de la organización.
  - Si la Organización Independiente de Revisión aprueba su solicitud de reembolso para un medicamento que ya compró, se nos requiere enviarle el pago dentro de **30 días naturales** después de recibir la decisión de la organización.

¿Qué pasa si la Organización Independiente de Revisión deniega su apelación?

Si esta organización deniega su apelación, esto quiere decir que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “sostener la decisión”. También se llama “denegar su apelación”).

Si la Organización Independiente de Revisión “sostiene la decisión”, usted tiene derecho a hacer una apelación al Nivel 3. Sin embargo, para hacer otra apelación al Nivel 3, el valor en dólares de la cubierta para medicamentos que está solicitando tiene que alcanzar una cantidad mínima específica. Si el valor en dólares del medicamento que está solicitando es muy bajo, no puede hacer otra

apelación y la decisión a Nivel 2 es final. La notificación que reciba de la Organización Independiente de Revisión le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa en la apelación para poder seguir con el proceso.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cubierta que está solicitando cumple con el requisito, usted decide si quiere seguir adelante 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 su Apelación de Nivel 2 es denegada y usted reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelación, tiene que decidir si quiere pasar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide hacer una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo aparecen en la notificación por escrito que recibió luego de su segunda apelación.
- 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. Para más información sobre nuestra cubierta para su cuidado en el hospital, incluyendo cualquier limitación en esta cubierta, vea el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga).*

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 también 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 se la 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. Esta sección le dice cómo hacer esta solicitud.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, usted recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos

Durante su hospitalización cubierta, 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 siempre que es hospitalizada. Alguien del hospital (por ejemplo, un(a) trabajador(a) social o enfermero/a) tiene que entregarle este documento dentro de los primeros dos días luego de su admisión. Si no lo recibe, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, por favor llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto). También puede llamar 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 sus derechos como paciente hospitalizado, incluyendo:

   - 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 y su derecho a saber quién pagará por ella.
- Dónde informar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad del cuidado hospitalario.
- Su derecho a apelar su decisión de alta si considera que le están dando de alta del hospital muy pronto.

Términos legales
La notificación por escrito de Medicare le dice cómo "**solicitar una revisión inmediata".** Solicitar una revisión inmediata es el modo formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta para que su cuidado hospitalario se cubra por más tiempo. (La Sección 7.2 le indica más adelante cómo solicitar esta revisión).

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.

(La Sección 4 de este capítulo le explica cómo darle un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).

- Firmar la notificación *solamente* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. La notificación no le indica su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán 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 para que, en caso de necesitarla, tenga a la mano 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 del día en que le den el 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 (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto) 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.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica más adelante.
- **Cumpla con las fechas límites.** Las fechas límites son importantes. Asegúrese de que las entiende y siga las que apliquen a las cosas que tiene que hacer.
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono están impresos al dorso de este folleto). O, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada (vea la Sección 2 de este Capítulo).

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.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta del hospital. Tiene que actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización está compuesta por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno Federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado de sus beneficiarios. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿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, Sección 4, de este folleto).

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. (Su “fecha planificada de alta” es la fecha que ha sido fijada para que usted salga del hospital).

- Si cumple con esta fecha límite, se le permitirá quedarse hospitalizado *después* de su fecha de alta, *sin tener que pagar* por ello, mientras espera la decisión sobre su apelación 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.

Solicite una “revisión rápida”

- Tiene que pedirle a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “**revisión rápida**” sobre su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que está pidiéndole a la organización que utilice las fechas límites “rápidas” para una

apelación en vez de usar las fechas límites estándar.

Términos Legales
Una “**revisión rápida**” es también conocida como una **“revisión inmediata”** o una “**revisión acelerada (expedita)”.**

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una evaluación independiente de su caso

¿Qué pasa durante esta evaluación?

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (para abreviar, les llamaremos “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 le notifiquen al plan sobre su

apelación, usted también recibirá un aviso por escrito con su fecha de alta planificada y una explicación detallada de 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.

Términos Legales
Esta explicación por escrito se llama el "**Aviso de Alta Detallado".** Puede conseguir un ejemplo de esta notificación llamando a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver un ejemplo de la notificación en la Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

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 respueta de la organización revisora a su apelación 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. (Vea el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué pasa si la respuesta es no?

- Si la respuesta de la organización revisora a su apelación 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.

<u>Paso 4:</u> 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

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación *y* usted permanece hospitalizado pasada la fecha planificada para su alta entonces puede hacer una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reevalúe la decisión que tomó 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.

A continuación, los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se comunica 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 segunda revisión, los examinadores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad 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 y que no la cambiarán. 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. La misma le dará los 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, 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 la organización revisora rechaza su Apelación de Nivel 2, puede aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y hacer otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es evaluada 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?

Como alternativa, puede apelar ante nosotros

Como explicamos antes en la Sección 7.2, tiene que actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y comenzar con la primera apelación sobre su fecha de alta hospitalaria. ("Rápidamente" significa antes de que salga del hospital y no más tarde de su fecha planificada de alta, lo que ocurra primero). Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con esta organización, 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 *Alterna* del Nivel 1

Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, usted puede hacer una apelación ante nosotros, solicitándonos una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que utiliza fechas límites rápidas en lugar de las estándar.

Términos Legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se llama una **“apelación acelerada (expedita)**”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”

- Para detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre su cuidado médico.*
- **Asegúrese de pedir 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”.

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. Verificaremos 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.

- En esta situación, utilizaremos las fechas límites “rápidas” en vez de las fechas límites estándar para brindarle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le daremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud de “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es sí**, significa que estamos de acuerdo con usted con respecto a que todavía necesita seguir hospitalizado luego de la fecha de alta planificada y que 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 rápida 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.

<u>Paso 4:</u> Si rechazamos su apelación rápida, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurar que cumplimos con todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Hacer esto significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de Apelación *Alterna* del Nivel 2

Durante el Nivel 2 de Apelación, una **Organización de Revisión Independiente** evaluará la decisión que tomamos cuando respondimos que no a su "apelación rápida". Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

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)**.

<u>Paso 1:</u> 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. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo le explica cómo hacer una queja).

<u>Paso 2:</u> La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los examinadores le responderán dentro de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía seleccionada por Medicare para manejar la tarea de ser la Entidad Evaluadora Independiente. Medicare supervisa su labor.
- 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 reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos por el cuidado hospitalario que haya recibido 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 con nosotros en que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada.

- La notificación por escrito que recibirá de la Organización de Revisión Independiente le explica qué debe hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará detalles sobre cómo proseguir al Nivel 3 de Apelación, el cual es manejado por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador.

<u>Paso 3:</u> 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 y hace una tercera 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 <u>solo</u> 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)

Esta sección es *solo* sobre los siguientes tipos de cuidado:

- **Servicios de cuidado de salud en el hogar** que esté recibiendo.
- **Cuidado de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para que se le considere un “centro de enfermería especializada”, vea el Capítulo 12, *Definiciones de algunos términos importantes*).
- **Cuidado de hospicio** que esté obteniendo como paciente de hospicio. (Para conocer más sobre “hospicio”, vea el Capítulo 12, Definiciones de términos importantes).

- **Cuidado de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una cirugía mayor. (Para más información sobre este tipo de instalación, vea el Capítulo 12, *Definiciones de algunos términos importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de cuidado, tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos para estos tipos de cuidado por el tiempo que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para más información sobre sus servicios cubiertos, incluyendo su parte del costo y cualquier limitación de cubierta que pueda aplicarse, vea el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga).*

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

1. **Usted recibe una notificación por escrito.** Usted recibirá una notificación al menos dos días antes de que nuestro plan suspenda la cubierta de su cuidado.

   - La notificación por escrito le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su cuidado.
   - La notificación por escrito también le dice qué puede hacer si desea pedirle a nuestro plan que cambie su decisión sobre cuándo suspender su cuidado, y que siga cubriéndolo por un período más largo.

Términos Legales

Al explicarle lo que puede hacer, la notificación por escrito 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. (Vea la Sección 8.3 a continuación sobre cómo presentar una apelación acelerada).

La notificación por escrito se llama "**Notificación de No-Cubierta de Medicare".**

2. **Se le solicitará firmar la notificación por escrito como evidencia de que la recibió.**

- Se le solicitará a usted o a su representante firmar esta notificación. (La Sección 4 de este capítulo le dice cómo puede darle un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- 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 el plan con respecto a que es momento de dejar de recibir 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.** Cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica más adelante.
- **Cumpla con las fechas límites.** Las fechas límites son importantes. Asegúrese de entenderlas y de cumplir con las fechas límites que apliquen a las cosas que tiene que hacer. Nuestro plan también tiene fechas límites con las que cumplir. (Si entiende que no estamos cumpliendo con estas

fechas límites, usted puede hacer una queja. La Sección 10 de este capítulo le explica cómo hacer una queja).

- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto). O, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada (vea la Sección 2 de este Capítulo).

Si solicita una apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación y decide si cambia la decisión tomada por nuestro plan.

<u>Paso 1:</u> Haga su Apelación de Nivel 1. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado y solicite una revisión. Tiene que actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud pagados por el Gobierno Federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad del cuidado que reciben las personas que tienen Medicare y evalúan las decisiones de los planes sobre cuándo

es el momento de dejar de cubrir algunos tipos de cuidado médico.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió 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, Sección 4, de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

- Solicítele a esta organización una “apelación acelerada” (que realice una revisión independiente) sobre si es médicamente apropiado que suspendamos la cubierta de sus servicios médicos.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Usted debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su apelación para el mediodía del día anterior a la fecha de efectividad en la Notificación de No-Cubierta de Medicare.
- 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 su apelación directamente al plan. Para detalles sobre

este medio para hacer su apelación, vea la Sección 8.5 de este capítulo.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué pasa durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (para abreviar, les llamaremos “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 también recibirá una notificación escrita de nuestra parte con nuestras razones, explicadas en detalle, para suspender la cubierta de sus servicios.

Términos Legales
Esta notificación explicativa se llama el "**Aviso Detallado de No-Cubierta**".

<u>Paso 3:</u> 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 a su apelación 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). Además, puede haber limitaciones a sus servicios cubiertos. (Vea el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué pasa si la respuesta de los examinadores a su apelación es no?

- Si la respuesta de los examinadores a su apelación es *no*, entonces **su cubierta terminará en la fecha que le habíamos indicado**. Dejaremos de pagar

nuestra parte de los costos para este cuidado en la fecha indicada en la notificación.

- 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.

- La primera apelación que hace está en el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. 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.
- Hacer otra apelación significa que usted está pasando al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado por más tiempo

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, *y* usted decide continuar recibiendo cuidado luego de que la cubierta para este haya terminado, puede hacer una Apelación de Nivel 2.

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.

A continuación, están los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Vuelve a comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión

- 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.

<u>Paso 3:</u> 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 a su apelación 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 y no la cambiarán.
- 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 los examinadores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y hacer otra apelación. 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 en la Sección 8.3, 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 *Alterna* de Nivel 1

Si le pasa la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, usted puede hacer una apelación ante nosotros y pedirnos una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que utiliza las fechas límites rápidas en vez de las estándar.

A continuación, los pasos para una Apelación Alterna de Nivel 1:

Términos Legales
Una revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se llama una "**apelación acelerada**").

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con nosotros y pida una "revisión rápida"

- Para detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una apelación sobre su cuidado médico.*
- **Asegúrese de pedir una "revisión rápida"**. Esto significa que nos está solicitando que le demos una respuesta utilizando las fechas límites "rápidas" en lugar de las estándar.

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.
- Utilizaremos las fechas límites “rápidas”, en vez de las fechas límite estándar, para responder a esta reevaluación.

Paso 3: Le daremos nuestra decisión a más tardar 72 horas después de que nos pida la “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si respondemos que sí a su apelación rápida,** 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 rápida,** 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 por su cuenta.

<u>Paso 4:</u> Si rechazamos su apelación rápida, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurar que seguimos todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos requiere enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Al hacer esto, usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de Apelación *Alterna* 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.

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 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. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelación. 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.

- **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.

- 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 reembolsarle (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 continuar con el proceso de revisión. La misma le dará los detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3.

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 los examinadores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta esa decisión o si prosigue al Nivel 3 y hace otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada 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. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, 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 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 que trabaja para el gobierno Federal** (**llamado Juez de Derecho Administrativo) 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** – Nosotros decidiremos si apelar esta decisión hasta el Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), nosotros tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que le favorezca a usted.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, 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. Si el Juez de Derecho Administrativo o mediador rechaza su apelación, la notificación que recibirá le indicará qué hacer si decide continuar con su apelación.

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 -** Nosotros decidiremos si apelaremos esta decisión hasta el Nivel 5. A diferencia de una decisión del Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), nosotros tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 4 que le favorezca a usted si el valor del artículo o servicio médico alcanza el valor monetario requerido.
  - 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. Si las reglas le permiten continuar, la notificación por escrito también le informará con quién comunicarse y lo próximo que debe hacer para continuar con su apelación.

Nivel 5 de Apelación Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso en el proceso de apelaciones.

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 (llamado 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**. Lo que solicitó en la apelación ha sido aprobado. 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. Si el Juez de Derecho Administrativo o mediador

rechaza su apelación, la notificación que recibirá le indicará lo próximo que debe hacer si decide continuar con su apelación.

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**. Lo que solicitó en la apelación ha sido aprobado. 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 que recibirá le informará si las reglas permiten que proceda a una apelación de

Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, la notificación por escrito 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.

- Este es el último paso en el proceso de apelaciones.

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

Si su problema es sobre decisiones relacionadas con beneficios, cubierta o pago, esta sección *no es para usted*. En cambio, usted debe utilizar el proceso de decisiones de cubierta y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan a través del proceso de quejas?

Esta sección le explica cómo usar el proceso para presentar una queja. 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 que recibe. A continuación, presentamos ejemplos de las clases de problemas que son manejados por el proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos problemas, usted puede "dar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	• ¿Está usted insatisfecho con la calidad del cuidado que ha recibido (incluyendo el cuidado hospitalario)?
Respeto a su privacidad	• ¿Cree que alguien no ha respetado su derecho a la privacidad o que ha compartido información suya que usted considera debe ser confidencial?
Falta de respeto, deficiencias en el Servicio al Afiliado y otros comportamientos negativos	• ¿Alguien le ha tratado de manera descortés o irrespetuosa? • ¿Está insatisfecho con la manera en que Servicios al Afiliado le ha tratado? • ¿Siente que le están dando motivos para dejar nuestro plan?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿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? o 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	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una clínica, hospital u oficina médica?
Información que obtiene de nuestro plan	• ¿Considera que no le hemos notificado sobre algo que teníamos que notificarle? • ¿Considera que la información por escrito que le hemos dado 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)	El proceso para solicitar una decisión de cubierta y hacer una apelación se explica en las Secciones 4 a la 9 de este capítulo. Si está solicitando una decisión o haciendo una apelación, use ese proceso, no el de quejas. Sin embargo, si ya nos ha solicitado 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: • Si nos ha pedido que tomemos una “decisión rápida de cubierta” o una “apelación rápida” y nosotros nos hemos negado, puede hacer una queja. • Si 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 se revisó una decisión de cubierta que tomamos y nos indican que tenemos que cubrir o reembolsarle por algunos servicios médicos o medicamentos, hay fechas límites que aplican. Si considera que no estamos

Queja	Ejemplo
	cumpliendo con estas fechas límites, puede hacer una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos que enviar el caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del tiempo requerido, puede hacer una queja.

Sección 10.2 El término formal para la frase “hacer una queja” es “radicar una querella”

Términos legales

- Lo que en esta sección se llama **“queja**” también se conoce como una **“querella”.**
- Otro término para “**hacer una queja”** es **“radicar una querella”.**
- Otra manera de decir “**usando el proceso para quejas**” es “**usando el proceso para radicar una querella”.**

Sección 10.3 Paso a paso: Dando una queja

<u>Paso 1:</u> 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. 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos), 1-866-333-5469 TTY (audio impedidos), de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- **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 querella 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.

- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicios al Afiliado de inmediato.** La queja debe ser hecha dentro de 60 días naturales después de que usted tuvo el problema por el cual se quiere quejar.
- **Si está haciendo una queja porque rechazamos su solicitud para una "decisión rápida de cubierta" o una "apelación rápida", automáticamente le daremos una queja "rápida".** Si tiene una queja "rápida", significa que le daremos nuestra **respuesta dentro de 24 horas**.

Términos Legales
Lo que esta sección llama **"queja rápida**" también se conoce como "**querella acelerada".**

<u>Paso 2:</u> 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. Si su condición de salud requiere que le respondamos con urgencia, así lo haremos.
- **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 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, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá las razones para darle esta contestación. Tenemos que responder, estemos de acuerdo o no con su queja.

Sección 10.4 También puede dar quejas sobre calidad del cuidado a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Usted puede hacer su queja sobre la calidad del cuidado recibido usando el proceso paso a paso delineado anteriormente.

Cuando su queja sea sobre la *calidad del cuidado*, cuenta con dos opciones adicionales:

- **Puede hacer su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede hacer su queja sobre la calidad del cuidado que recibió directamente ante esta organización (*sin* hacer la queja ante nosotros).
    - 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.

- Para ver el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado, vea el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto. Si hace su queja ante esta organización, trabajaremos junto a ellos para resolver la misma.

- **O, puede hacer su queja ante ambos a la misma vez**. Si lo desea, puede hacer su queja sobre la calidad del cuidado recibido ante nosotros y, también, ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 10.5 También puede comunicarle su queja a Medicare

Puede enviar su queja sobre PMC Max directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy en serio sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene cualquier otro insumo o preocupación, o si siente que el plan no está atendiendo su situación, llame 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

Capítulo 10. Terminando de su afiliación en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 563

Sección 1.1 Este capítulo trata sobre cómo cancelar su afiliación a nuestro plan 563

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su afiliación al plan? 564

Sección 2.1 Puede cancelar su afiliación durante el Período de Afiliación Anual.....564

Sección 2.2 Puede cancelar su afiliación durante el Período Abierto de Afiliación de Medicare Advantage 566

Sección 2.4 ¿Dónde puede conseguir más información sobre cuándo es posible cancelar su afiliación? 570

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su afiliación a nuestro plan? 571

Sección 3.1 Normalmente, su afiliación acaba cuando se inscribe en otro plan.....571

SECCIÓN 4 Hasta que acabe su afiliación, tendrá que seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 574

Sección 4.1 Hasta que acabe su afiliación, sigue siendo afiliado de nuestro plan 574

SECCIÓN 5 En algunos casos, PMC Max tendrá que cancelar su afiliación.....575

Sección 5.1 ¿Cuándo tendremos que cancelar su afiliación?.....575

Sección 5.2 No podemos pedirle que se desafilie de nuestro plan por razones que tengan que ver con su salud 577

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación a nuestro plan.....577

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo trata sobre cómo cancelar su afiliación a nuestro plan

Cancelar su afiliación a PMC Max puede ser una decisión **voluntaria** (porque usted así lo decidió) o **involuntaria** (no es decisión suya):

- Es posible dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
  - Solamente hay épocas determinadas durante el año, o algunas situaciones, en las cuales usted puede cancelar su afiliación al plan voluntariamente. La Sección 2 le explica cuándo puede cancelar su afiliación al plan.
  - El proceso de cancelar voluntariamente su afiliación varía de acuerdo con el tipo de cubierta nueva a la que se esté acogiendo. La Sección 3 le dice *cómo* cancelar su afiliación en cada caso.
- También existen situaciones limitadas cuando usted no elige dejar el plan, pero a nosotros se nos exige cancelar su afiliación. La Sección 5 habla sobre las situaciones en las que nos veríamos obligados a cancelar su afiliación.

Si va a dejar nuestro plan, tiene que continuar recibiendo su cuidado médico a través de nuestro plan hasta que su afiliación acabe.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su afiliación al plan?

Usted puede cancelar su afiliación a nuestro plan solo durante épocas específicas del año, conocidas como períodos de afiliación. Todos los afiliados tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de Afiliación Anual y durante el Período Abierto de Afiliación de Medicare Advantage. En algunas situaciones, podría ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su afiliación durante el Período de Afiliación Anual

Usted puede cancelar su afiliación durante el Período Anual de Afiliación (también conocido como el “Período Abierto de Afiliación Anual”). Este es el momento cuando debe evaluar su cubierta de salud y medicamentos, y tomar una decisión sobre su cubierta para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período Anual de Afiliación?** Esto sucede desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de Afiliación Anual?** Usted puede escoger 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. (Puede escoger un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
- Medicare Original *con* un plan Medicare separado de medicamentos recetados
- *o* – Medicare Original *sin* un plan Medicare separado de medicamentos recetados.

Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan Medicare separado de medicamentos recetados, 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. (Cubierta "acreditable" significa que se espera que dicha cubierta pague, en promedio, al menos lo mismo que la cubierta normal de Medicare para medicamentos recetados). Vea el Capítulo 1,

Sección 5 para más información sobre la penalidad por afiliación tardía.

- **¿Cuándo acabará su afiliación?** Su afiliación 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.**

- **¿Cuándo es el Período Abierto de Afiliación de Medicare Advantage?** Esto ocurre cada año desde el 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período Abierto de Afiliación de Medicare Advantage?** Durante este período, puede:
  - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage. (Puede escoger un plan que cubra medicamentos recetados o un plan que no los cubra).
  - 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.

- **¿Cuándo acabará su afiliación?** 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 PMC Max podrían ser elegibles para cancelar su afiliación durante otras épocas del año. A esto se le conoce como un **Período Especial de Afiliación**.

- **¿Quién es elegible para el Período Especial de Afiliación?** Si cualquiera de las siguientes situaciones le aplica, pudiera ser elegible para cancelar su afiliación durante el Período Especial de Afiliación. 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.
- **¿Cuándo son los Períodos Especiales de Afiliación?** Los períodos de afiliación varían de acuerdo con su situación.
- **¿Qué puede hacer?** 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. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).

- Medicare Original *con* un plan Medicare separado de medicamentos recetados
- – o – Medicare Original *sin* un plan Medicare separado de medicamentos recetados

Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan Medicare separado de medicamentos recetados, 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 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. (Cubierta "acreditable" significa que se espera que dicha cubierta pague, en promedio, al menos lo mismo que la cubierta normal de Medicare para medicamentos recetados). Vea el Capítulo 1, Sección 5 para más información sobre la penalidad por afiliación tardía.

- **¿Cuándo acabará su afiliación?** 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 o desea más información sobre cuándo puede cancelar su afiliación:

- Puede llamar a **Servicios al Afiliado** (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).
- Puede conseguir la información en el folleto ***Medicare y Usted 2022***.
  - Toda persona con Medicare recibe una copia del folleto ***Medicare y Usted*** cada otoño. Aquellas personas nuevas en Medicare lo reciben dentro del primer mes de su inscripción.
  - Puede descargar una copia de la página de Internet de Medicare (www.medicare.gov). También puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su afiliación a nuestro plan?

Sección 3.1 Normalmente, su afiliación acaba cuando se inscribe en otro plan

Usualmente, para acabar su afiliación a nuestro plan, usted simplemente se afilia a otro plan Medicare durante uno de los periodos de afiliación (vea la sección 2 en este capítulo para más información sobre los periodos de afiliación). Sin embargo, si usted quiere cambiar de nuestro plan a Medicare Original pero no ha seleccionado un plan Medicare separado de medicamentos recetados, debe pedir que se le desafilie de nuestro plan. Hay dos maneras de solicitar su desafiliación:

- Nos lo puede solicitar por escrito. Comuníquese con Servicios al Afiliado si necesita más información sobre cómo hacerlo. (Los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).
- --*o*--Puede comunicarse con 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.

Nota: Si se desafilia de su cubierta Medicare de medicamentos recetados y se queda sin cubierta acreditable de medicamentos por un periodo 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. (Cubierta “acreditable” significa que se espera que dicha cubierta pague, en promedio, al menos lo mismo que la cubierta estándar de Medicare para medicamentos recetados). Vea el Capítulo 1, Sección 5 para más información sobre la penalidad por afiliación tardía.

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:**
• Otro plan de salud Medicare.	• Afíliese en el nuevo plan Medicare en cualquier momento. Se le desafiliará automáticamente de PMC Max cuando comience la cubierta de su nuevo plan.
• Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.	• Afíliese en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Se le desafiliará automáticamente de PMC Max cuando comience la cubierta de su nuevo plan.

- Medicare Original *sin* una cubierta separada de medicamentos recetados de Medicare.
  - **Nota:** Si usted se desafilia de un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cubierta de medicamentos recetados "acreditable" por un período continuo de 63 días o más, podría tener que pagar una penalidad por afiliación tardía al suscribirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
- **Envíenos una solicitud de desafiliación por escrito.** Comuníquese con Servicios al Afiliado si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).
- 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 PMC Max cuando comience su cubierta de Medicare Original.

Si quiere cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
	Visite el Capítulo 1, Sección 5 para mas información sobre la penalidad por afiliación tardía.

SECCIÓN 4 Hasta que acabe su afiliación, tendrá que seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que acabe su afiliación, sigue siendo afiliado de nuestro plan

Si se desafilia de PMC Max, podría tomar algún tiempo en lo que su afiliación termina y su nueva cubierta de Medicare entra en vigor. (Vea la Sección 2 para información sobre cuándo comienza su nueva cubierta). Durante este tiempo, tiene que continuar recibiendo sus cuidados médicos y medicamentos a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando nuestras farmacias en la red para obtener sus recetas hasta que finalice su afiliación a nuestro plan.** Por lo general, sus medicamentos recetados son cubiertos solo si se

despachan en una farmacia de la red, incluyendo nuestros servicios de farmacia para órdenes por correo.

- **Si lo hospitalizan el día en que su afiliación acaba, su hospitalización estará, por lo general, 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, PMC Max tendrá que cancelar su afiliación

Sección 5.1 ¿Cuándo tendremos que cancelar su afiliación?

PMC Max 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, debe llamar 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 (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

- Si le encarcelan (va a prisión).
- Si 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:

- Puede llamar a **Servicios al Afiliado** (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

Sección 5.2 No podemos pedirle que se desafilie de nuestro plan por razones que tengan que ver con su salud

PMC Max 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, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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 querella o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar

su afiliación. Además, puede buscar información sobre cómo presentar una queja en el Capítulo 9, Sección 10.

CAPÍTULO 11

Notificaciones legales

Capítulo 11. Notificaciones legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes aplicables 581

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 581

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare 584

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes aplicables

Muchas leyes aplican a esta *Evidencia de Cubierta* y algunas disposiciones adicionales pueden aplicarse debido a que son requeridas por ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aun cuando las leyes no estén incluidas o explicadas en este documento. 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.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan tiene que cumplir con las leyes que le protegen del discrimen o el trato injusto. **Nosotros no discriminamos** por concepto de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, 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.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda con acceso al cuidado, favor llamarnos a Servicios al Afiliado (los números están impresos al dorso de este folleto). 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:

    - 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 la Unidad de Servicio al Cliente.

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 querella ante: Departamento de Apelaciones y Querellas, PO Box 71114 San Juan PR 00936-8014, 1-866-333-5470 (libre de cargos), 1-866-333-5469 TTY (audio impedidos), 787-622-0485 (fax), mmm@mmmhc.com (correo electrónico). Puede radicar su querella en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, la Unidad de Servicio al Cliente, está a su disposición para brindársela.

También puede presentar una querella 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 (audio impedidos)

Puede obtener los formularios de querella 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, PMC Max, 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

Capítulo 12. Definiciones de términos 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. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si nuestro plan no paga por un medicamento, artículo, o servicio que usted piensa que

debe recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluyendo el proceso de realizar las mismas.

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 planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, por lo general es el área donde usted obtiene sus servicios rutinarios (no emergencias). El plan puede desafiliarlo si se muda permanentemente fuera del área de servicio.

Ayuda Adicional – Un programa de Medicare 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 terapista con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse, o realizar ejercicios recetados). Los ayudantes de salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni proveen terapias.

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. Vea el Capítulo 4, Sección 1.2 para información sobre su 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%-50% 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. El cargo por despacho cubre costos 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, y provee una variedad de servicios incluyendo terapia física, servicios sociales o sicológicos, 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. El Capítulo 2 le indica cómo comunicarse con CMS.

Coaseguro – La cantidad que se le puede requerir pagar como su parte del costo por servicios médicos o medicamentos recetados. El coaseguro por lo general es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

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 en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar $10 o $20 por una visita a un médico o por un medicamento recetado.

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. Una “tarifa de costo compartido diario” se podría aplicar cuando su médico le recete menos del suplido completo de un mes en ciertos medicamentos y se le requiera un copago.

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. Puede ser 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 en un centro de Enfermería Especializada 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 comience a pagar.

Desafiliarse o Desafiliación – Es el proceso de terminar su afiliación en el plan. La desafiliación puede ser voluntaria (su decisión) o involuntaria (usted no lo decide).

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 folleto, las determinaciones de cubierta se llaman “decisiones de cubierta”. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cubierta.

Determinación de Organización – El plan Medicare Advantage toma una determinación de organización cuando decide si sus servicios y artículos están cubiertos o cuánto debe pagar por los mismos. A las determinaciones de organización se les conoce como “decisiones de cubierta” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cubierta.

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, de una extremidad o de la función de una extremidad. 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) – Cierto 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 $7,050 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 $4,430, 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 el formulario del plan (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 su plan requiere que pruebe otro medicamento antes de aprobar el que usted está solicitando, o si el 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 PMC Max, 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 de la red es una farmacia donde los afiliados de nuestro plan pueden obtener sus medicamentos recetados. Les llamamos “farmacias de la red” porque tienen contratos con nuestro plan. 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. Como explicamos en esta Evidencia de Cubierta, 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 – Un afiliado que tiene un pronóstico de 6 meses o menos de vida tiene el derecho de elegir un hospicio. 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. El hospicio proporcionará un tratamiento especial para su condición.

Indicación Médicamente 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. Vea el Capítulo 5, Sección 3 para más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas.

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. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de

marca como genéricos.

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 de Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de cuidado de salud están cubiertos si usted cualifica para ambos: Medicare y Medicaid. Vea el Capítulo 2, Sección 6 para información sobre cómo comunicarse con 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. (Vea su formulario para una lista específica de medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidas por el Congreso, de manera que no están cubiertas como 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). Los beneficiarios de Medicare pueden obtener su cubierta de salud a través de Medicare Original o de un plan Medicare Advantage.

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 5 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.

Vea el Capítulo 2, sección 4 para información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Parte C – Vea “Plan Medicare Advantage” (MA)

Parte D – El programa voluntario de Medicare para beneficios de medicamentos recetados. (Para facilitar su referencia, le llamaremos a este programa la Parte D).

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. Usted paga esta cantidad mientras tenga un plan de medicamentos recetados de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, no pagará penalidad por afiliación tardía.

Período Abierto de Afiliación de Medicare Advantage – Tiempo establecido anualmente 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 sucede desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y 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 – Un período fijo cada otoño durante el cual los afiliados pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiarse a Medicare Original. Este año, el Período de Afiliación Anual se extenderá desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

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. Por ejemplo, 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 Institucional (SNP) – Un plan de necesidades especiales 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); y/o facilidades psiquiátricas hospitalarias. Para que un Plan de Necesidades Especiales institucionalizado atienda residentes de facilidades de cuidado prolongado bajo Medicare, deben tener contrato (o ser dueñas u operar) estas facilidades específicas de cuidado prolongado.

Plan de Necesidades Especiales Institucional/Equivalente (SNP) – Un plan de necesidades especiales 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, 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 HMO, PPO, un plan privado de tarifa por servicio (PFFS), o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Cuando usted se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren a través del plan, y no se pagan a través de Medicare Original. 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**. Todo el que tenga Medicare Parte A y Parte B es elegible para afiliarse a un plan de salud de Medicare Advantage en su área.

Preautorización – Aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos que podrían estar o no estar en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red del plan obtiene "preautorización" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan preautorización están señalados en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene "preautorización" de nosotros. 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. Por esta razón se obtienen descuentos en la mayoría, aunque no en todos, los medicamentos de marca.

Protésicos y ortóticos- Son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica. 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) – Su médico de cuidado primario es el doctor u otro proveedor a quien usted visita primero para la mayoría de sus problemas de salud. Él o ella se asegura de que usted obtenga el cuidado que necesita para mantenerse saludable. También hablará con otros médicos y proveedores de cuidado de salud sobre su cuidado y lo referirá a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe visitar a su proveedor de cuidado primario antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado de salud. Vea el Capítulo 3, sección 2.1 para más información acerca de los proveedores de cuidado primario.

Proveedor de la Red – “Proveedor” es el término general que utilizamos 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. Los llamamos **“proveedores del plan”** cuando 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. Nuestro plan le paga a los proveedores del plan a base de los acuerdos establecidos con ellos o si ellos aceptan proveerles a los afiliados servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se pueden llamar “proveedores del plan”.

Proveedores o Instalaciones Fuera de la Red – Proveedores o instalaciones con los cuales no hemos hecho arreglos 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, o no tienen contrato para suministrarle servicios cubiertos a usted. El uso de proveedores o facilidades fuera de la red del plan se explica en el Capítulo 3 de este folleto.

Queja - El nombre formal para “presentar una queja" es “radicar una querella”. El proceso de quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas *solamente*. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de servicio, los tiempos de espera, y el servicio al cliente que recibe. Véase también "Querella", en esta lista de definiciones.

Querella – Un tipo de queja que usted hace sobre nosotros o farmacias, incluyendo quejas sobre la calidad de su cuidado. Este tipo de queja 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. Vea el Capítulo 2 para información sobre cómo comunicarse con Servicios al Afiliado.

Servicios Cubiertos – El término general 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, incluyendo el nuestro, deben cubrir todos los servicios que cubren las Partes A y B de Medicare.

Servicios de Rehabilitación – Estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios Necesarios de Urgencia – Servicio urgentemente necesario es cuidado que no se considera de emergencia pero que se provee para tratar enfermedades, lesiones o condiciones imprevistas que requieren tratamiento médico de inmediato. El servicio de

urgencia puede ser provisto por la red de proveedores del plan o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red están temporeramente inaccesibles o no disponibles.

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 suplido 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 suplido para un mes. Por ejemplo: si el copago de un suplido de un mes por un medicamento es de $30, y un suplido de un mes en su plan es de 30 días, entonces su tarifa de costo compartido diario será de $1. Esto quiere decir que usted pagará $1 por cada día de suplido cuando obtenga su receta.

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 PMC Max

Método	Servicios al Afiliado – 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. Servicios al Afiliado también tiene un servicio de intérpretes de idiomas, disponible para personas que no hablan español.
TTY	1-866-333-5469 Este número requiere equipo telefónico especial y es solamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	787-622-0485
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

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.*