Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Evidencia de Cubierta:

Los beneficios y servicios de salud y la cubierta para medicamentos recetados de Medicare como afiliado de MMM Bono Platino (HMO-SNP)

Este folleto proporciona detalles acerca de su cuidado de salud y cubierta de medicamentos recetados de Medicare y Medicaid desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Explica cómo obtener cubierta para servicios de cuidado de salud y los medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, MMM Bono Platino, es ofrecido por MMM Healthcare, LLC. (Cuando esta *Evidencia de Cubierta* dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a", hace referencia a MMM Healthcare, LLC*.* Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a MMM Bono Platino).

Esta información está disponible, gratis, en español e inglés.

Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios al Afiliado al 787-620-2397 (Área Metro) o 1-866-333-5470 (libre de cargos). (Los 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.

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

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

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

Los beneficios y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

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

MMM Healthcare, LLC es un plan de cuidado coordinado con un contrato Medicare Advantage y un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato.

Y0049_2022 1150 0006 2_C
MMM-PDG-MIS-261-080621-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 7

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 planpenalidad por afiliación tardía, la tarjeta de afiliado del plan y cómo mantener actualizado su expediente de afiliación.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 34

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (MMM Bono Platino) 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 y otros servicios cubiertos 73

Explica conceptos importantes que debe saber para recibir cuidado de salud 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) 112

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

Capítulo 5. Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 299

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 346

Explica las 3 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.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos el que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos ...380

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 395

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 hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas) 431

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 cuidado de salud 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 afiliado y otros temas que le preocupan.

Capítulo 10. Terminando su afiliación en el plan 571

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 593

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

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes .599

Explica los términos clave utilizados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como afiliado

Capítulo 1. Primeros pasos como afiliado

SECCIÓN 1 Introducción 9

Sección 1.1 Usted está afiliado en MMM Bono Platino, que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de Necesidades Especiales) 9

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto de *Evidencia de Cubierta*? 11

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

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser afiliado del plan? 13

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 13

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

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid? 15

Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan para MMM Bono Platino 15

Sección 2.5 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.....21
Sección 3.4 ...La *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos recetados de la Parte D.....22

SECCIÓN 4 Su prima mensual para MMM Bono Platino 23
Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan? 23
Sección 4.2 .¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?.....26

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su expediente de afiliación del plan 27
Sección 5.1 Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted.....27

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud.....29
Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 29

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 30
Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? 30

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está afiliado en MMM Bono Platino, que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de Necesidades Especiales)

Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades específicas y personas con enfermedad renal en etapa terminal (fallo renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a algunas personas de ingresos y recursos limitados con sus gastos médicos. La cubierta de Medicaid varía dependiendo del estado donde vive y el tipo de plan Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también tienen cubierta para servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir la cubierta para medicamentos recetados y cuidado de salud de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, MMM Bono Platino.

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. MMM Bono Platino es un plan Medicare Advantage especializado. (un plan Medicare de “Necesidades Especiales”), lo cual significa que sus beneficios han sido diseñados para personas con necesidades especiales en el cuidado de su salud. MMM Bono Platino se ha diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Como usted recibe asistencia de Medicaid para su costo compartido de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coaseguros), no pagará nada por sus servicios de cuidado de salud bajo Medicare. Medicaid también le puede proveer otros beneficios ya que cubre servicios de cuidado de salud y medicamentos que, por lo general, no están cubiertos bajo Medicare. También podría recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. MMM Bono Platino le ayudará a manejar todos estos beneficios de manera que pueda disfrutar de los servicios de cuidado de salud y asistencia económica a los que tiene derecho.

MMM Bono Platino es administrado por una compañía privada. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan Medicare de Necesidades Especiales ha sido aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el Programa Medicaid de Puerto Rico para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proveerle su cubierta de salud Medicare y Medicaid, incluyendo su cubierta de medicamentos recetados.

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

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

Este folleto de *Evidencia de Cubierta* le dice cómo obtener su cuidado médico bajo Medicare y Medicaid, y los medicamentos recetados cubiertos a través de nuestro plan. Este folleto le explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que paga 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 MMM Bono Platino.

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 MMM Bono Platino cubre su cuidado. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de afiliación, la *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cubierta o condiciones que puedan afectar su cubierta. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté afiliado en MMM Bono Platino 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 MMM Bono Platino 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) y Medicaid (Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico) tienen que aprobar a MMM Bono Platino 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 geográfica de servicio (la Sección 2.4, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio).
- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente a los Estados Unidos.
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben beneficios específicos de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a algunas personas de ingresos y recursos limitados con sus gastos médicos). Para ser elegible a nuestro plan, debe ser elegible tanto para Medicare como para Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: si pierde la elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la vuelva a obtener dentro de los próximos 6 meses, entonces aún es elegible para ser afiliado de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cubierta y el costo compartido durante un período de supuesta elegibilidad continua).

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 externos) y ciertos artículos (como suplidos y equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a algunas personas de ingresos y recursos limitados con sus costos médicos. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios estarán cubiertos y el costo de dichos servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando sigan las guías federales.

Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan para MMM Bono Platino

Aunque Medicare es un programa federal, MMM Bono Platino 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 abajo.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes municipios de 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 2.5 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los afiliados de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a MMM

Bono Platino si no es elegible para seguir siendo afiliado según este requisito. MMM Bono Platino 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 MMM Bono Platino, 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 MMM Bono Platino, podría tener que pagar los costos completos de su bolsillo.

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 suplidores de equipo médico duradero. El directorio también incluye una lista de nuestros proveedores participantes en el programa Medicaid.

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

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, suplidores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de cuidado de salud 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 de 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 y farmacias 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 tiene que utilizar los proveedores de la red para obtener su cuidado médico, servicios y recetas. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que MMM Bono

Platino autorice el uso de proveedores fuera de la red. Vea el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cubierta del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cubierta en caso de emergencia, y la cubierta fuera de la red y fuera del área. Para información de los beneficios cubiertos bajo Medicaid, por favor vea la tabla de beneficios del Capítulo 4, en la sección Servicios Cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Es importante que conozca cuáles son los proveedores de Medicaid en nuestra red. Todos los proveedores incluidos en nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias* tienen un contrato con nosotros para servir a la población Platino. Esto significa que han accedido a atender afiliados que son elegibles a Medicare y Medicaid.

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 revisar 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)*. Nosotros la denominamos "Lista de Medicamentos" para abreviarla. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en MMM Bono Platino. Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. La Lista de Medicamentos le dice cómo buscar para saber cuáles medicamentos están cubiertos por Medicaid.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de MMM Bono Platino.

La Lista de Medicamentos le indica si existen restricciones para la cubierta de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web 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 de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos recetados de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe que lo ayudará a comprender y a llevar un récord de los pagos efectuados por los medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”).

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* 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 MMM Bono Platino

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?

Usted no paga prima mensual aparte por MMM Bono Platino. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

En algunos casos, la prima del plan podría ser <u>mayor</u>

En algunos casos, la prima del plan podría ser superior a la cantidad mencionada antes en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen a continuación.

- Algunos afiliados deben pagar una **penalidad por afiliación tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en el plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cubierta para medicamentos recetados “acreditable”. (“Acreditable” significa que se espera que la cubierta pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cubierta para medicamentos recetados estándar de Medicare). Para esos afiliados, la penalidad por afiliación tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. La cantidad de la prima estará constituida por la prima mensual del

plan más la cantidad de la penalidad por afiliación tardía de la Parte D.

- Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados, no le aplica pagar la penalidad por afiliación tardía.
- Si 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.
- Si debe pagar la penalidad por afiliación tardía de la Parte D, el costo depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cubierta acreditable para medicamentos recetados o de la Parte D.

- Es posible que algunos afiliados deban pagar un cargo adicional, conocido como la cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso de la Parte D, también conocido como IRMAA (por sus siglas en inglés), en el caso de que 2 años atrás hayan manifestado un ingreso bruto ajustado modificado, por encima de cierta cantidad, en su planilla de contribución sobre ingresos de(l) Hacienda / Servicio de Rentas Internas. Los afiliados sujetos a un IRMAA tendrán que pagar la cantidad estándar de la prima y este cargo adicional, que se añadirá a la prima.

A algunos afiliados se les requiere pagar otras primas de Medicare

A algunos afiliados se les requiere pagar otras primas de Medicare. Según se explica antes en la Sección 2, para ser elegible a nuestro plan, tiene que mantener su elegibilidad en Medicaid, así como tener tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B. Para la mayoría de los afiliados de MMM Bono Platino, Medicaid paga sus primas de la Parte A (si no cualifica para esto automáticamente) y de la Parte B. Si Medicaid no está pagando sus primas de Medicare por usted, tiene que seguir pagándolas para permanecer afiliado al plan.

- Si su ingreso bruto ajustado modificado según informado en su planilla de contribución sobre ingresos de(l) Hacienda / Servicio de Rentas Internas de hace dos años está por encima de una cantidad específica, 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. Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, **no su plan Medicare**, le enviará una carta indicándole la cantidad adicional que tendrá que pagar. Si sufrió algún cambio en sus condiciones de vida que tuvo como resultado el que sus ingresos disminuyeran, le puede solicitar al Seguro Social que reconsiodere su decisión.
- **Si tiene que pagar una cantidad adicional y usted no la paga, se le desafiliará del plan.**
- También puede visitar www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY

deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar a la Administración del Seguro Soacil al 1-800-772-1213. Usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia del folleto *Medicare y Usted 2022* tiene información sobre estas primas en la sección llamada "Los Costos de Medicare 2022". Todo el que está inscrito en Medicare recibe una copia del folleto *Medicare y Usted* cada año durante el otoño. Los recién afiliados 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), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No se nos permite empezar a cobrar una prima mensual por el 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.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su expediente de afiliación del plan

Sección 5.1 Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted

Su expediente de afiliación contiene información del formulario de afiliación, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cubierta específica de su plan incluyendo su Proveedor de Cuidado Primario.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su expediente de afiliación para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y las cantidades de costo compartido.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cubierta de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su patrono, del patrono de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente de auto.
- Si fue ingresado en un hogar de ancianos.

- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de servicio o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si hay algún cambio, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

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

Nos comunicaremos con usted para validar cualquier otra cubierta que tenga

Medicare requiere que usted nos informe sobre su afiliación en 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, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez por año le llamaremos para confirmar cualquier otra cubierta de seguro médico o de farmacia que tenga y de las cuales tengamos conocimiento. Si no le conseguimos, entonces 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 alguna otra cubierta que no está incluida en la lista, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información personal de salud, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

Cuando tiene otro seguro (como una cubierta de salud grupal del patrono), Medicare ha establecido unas reglas que deciden quién paga primero: nuestro plan o su otro seguro. El seguro que primero paga se denomina "pagador principal" y paga hasta el máximo de su cubierta. El que paga en segundo término, denominado "pagador secundario", solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cubierta principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir.

Estas normas se aplican para la cubierta del plan de salud de un sindicato o patrono:

- Si tiene una cubierta de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cubierta de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un afiliado de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del patrono y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
    - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un afiliado de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el patrono tiene 100 o más empleados o si este es

parte de un plan de patronoes múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.

- Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el patrono tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de patronoes múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.

- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

Estos tipos de cubierta, generalmente, pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro de relevo de culpa (incluyendo seguros de auto).
- Responsabilidad (incluyendo seguros de auto).
- Beneficios por contaminación pulmonar.
- Compensación laboral.

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

Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o

si necesita actualizar el resto de su información del seguro, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de afiliado del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas 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 MMM Bono Platino (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios al Afiliado del plan).....36

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....50

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....54

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).....56

SECCIÓN 5 Seguro Social 58

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

personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus gastos médicos).....60

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados 66

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios.....70

SECCIÓN 1 Contactos de MMM Bono Platino (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios al Afiliado del plan)

Cómo puede ponerse en contacto con Servicios al Afiliado del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de afiliado, llame o escriba a Servicios al Afiliado de MMM Bono Platino. Con gusto lo 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 cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Servicios al Afiliado también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan español.

Método	Servicios al Afiliado: 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	787-622-0485
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 cuidado médico

Una decisión de cubierta es una determinación que tomamos con respecto a sus beneficios y la cubierta o con relación a la cantidad 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 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	787-620-2388

Método	Decisiones de cubierta sobre cuidado de salud: información de contacto
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 el 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.

Método	Apelaciones sobre el cuidado de salud: 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	787-625-3375
ESCRIBA	MMM Healthcare, LLC Departamento de Apelaciones y Querellas PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Correo electrónico: mmm@mmmhc.com
INTERNET	www.mmmpr.com

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) 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

Método	Quejas sobre el cuidado de salud: información de contacto
	Correo electrónico: mmm@mmmhc.com
INTERNET MEDICARE	Puede presentar una queja sobre MMM Bono Platino 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.
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.

Método	Presentar una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
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.
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

Método	Presentar una queja sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
INTERNET MEDICARE	Puede presentar una queja sobre MMM Bono Platino 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*).

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

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

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.
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 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 estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Método	Medicare: información de contacto
	También puede utilizar la página de internet para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de MMM Bono Platino: • **Informe a Medicare sobre su queja:** puede presentar una queja sobre MMM Bono Platino directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o centro local para personas de edad avanzada pueden ayudarlo a ingresar a la página de internet con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en la página de Internet, 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

(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 Recurso**s" en el extremo derecho del menú en la parte superior
- En el menú desplegable, presiones **"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 (la 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 Mejoramientyo de la Calidad en Pueryo 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 AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 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.
SITIO WEB	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.

En Puerto Rico, los planes que combinan los beneficios de Medicaid y Medicare se conocen como planes Platino. MMM Bono Platino (HMO-SNP) es un plan de necesidades especiales para personas doblemente elegibles bajo el Programa Platino. Debido a que se integran tanto los beneficios de Medicaid como los de Medicare, usted tiene, por lo regular, costos compartidos bajos por servicios y medicamentos recetados, utiliza solo una tarjeta de afiliado para obtener servicios y no necesita referidos para especialistas dentro del mismo grupo médico, entre otros beneficios que los planes no-Platino no tienen.

Para tener un plan Platino, usted tiene que ser un afiliado doblemente elegible, es decir, que cualifique tanto para Medicaid como para Medicare: tiene que tener las Partes A y B de Medicare, y debe tener Medicaid en Puerto Rico. Nuestro plan tiene que ser aprobado por la Administración de Servicios de Salud de Puerto Rico (ASES) y por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Si pierde su elegibilidad para Medicaid, ya no tendrá derecho a los beneficios de Platino y no podría ser afiliado de nuestro plan. Usted permanecerá en nuestro plan por

seis meses, comenzando el mes después de que nos enteremos de que ya se le venció su certificación de Medicaid. Para no perder su elegibilidad con Medicaid, tiene que llamar de inmediato a su oficina de Medicaid y solicitar una cita para que lo recertifiquen y no pierda sus beneficios Platino. Si no se ha recertificado con Medicaid para cuando se cumplan los seis meses, tendrá un período de afiliación especial durante el cual puede escoger otra cubierta de salud de MMM Healthcare, LLC o un plan Medicare Advantage de otra compañía. Si no escoge un plan, pasará a tener la cubierta de Medicare Original solamente. Con Medicare Original, necesitará tener una cubierta aparte para sus medicamentos recetados (Medicare Parte D); si no obtiene cubierta para la Parte D durante este períodode afiliación especial, podría tener que pagar una penalidad por afiliación tardía en el futuro.

Nos comunicaremos con usted durante el período de gracia de seis meses para ayudarle a entender el proceso en caso de que pierda su elegibilidad para Platino, y para ayudarle a entender la importancia de mantener sus beneficios Platino.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de parte de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud (el 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 necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA	Estado Libre Asociado de Puerto Rico Departamento de Salud Programa de Asistencia Médica PO Box 70184 San Juan, PR 00936-8184 prmedicaid@salud.pr.gov
INTERNET	www.medicaid.pr.gov

La Oficina del Procurador ayuda a aquellas personas afiliadas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Ellos pueden ayudarle a hacer cualquier queja o apelación ante nuestro plan.

Método	Oficina del Procurador: información de contacto
LLAME	787-724-7373 Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
TTY	787-725-4014 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA	**Ombudsman** **Estación Minillas** PO Box 41088 San Juan, PR 00940-1088
INTERNET	www.ombudsman.pr.gov/

La Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de envejecientes y resuelve problemas entre los hogares y sus residentes o familiares.

Método	Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada: información de contacto
LLAME	787-721-6121 o 1-877-7252-4300 (Área Metro) 1-800-981-0056 (Región de Mayagüez) 1-866-981-7735 (Región de Ponce) Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
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 Asistencua sobre Seguros de Salud** PO Box 191179 San Juan, PR 00919-1179
INTERNET	www.oppea.pr.gov

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

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

La mayoría de nuestros afiliados cualifican para y ya están recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados.

Medicare ofrece “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos recetados. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Algunas personas reúnen los requisitos para la “Ayuda adicional” en forma automática y no necesitan presentar la solicitud. Medicare envía por correo una carta a las personas que reúnen los requisitos para la “Ayuda adicional” en forma automática.

Si tiene preguntas sobre “Ayuda adicional”, llame a:

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

- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- A la oficina de Medicaid de su estado. (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Si necesita asistencia para obtener esta evidencia, comuníquese con nuestro centro de llamadas de Servicios al Afiliado. Trabajaremos con usted para verificar alguna información importante y ayudarle a obtener sus medicamentos recetados en el nivel de copago correcto.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el

copago y lo tiene registrado como una cantidad que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

¿Qué ocurre si tiene cubierta del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

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

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados del Programa Ryan White Parte B del Departamento de Salud de Puerto Rico. Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y su condición de VIH, bajos ingresos según lo establece el estado, y no tener seguro médico, o tener una cubierta limitada.

Si usted está actualmente inscrito en un ADAP, este programa puede continuar ofreciéndole asistencia con los costos compartidos de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en

el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifíquele al encargado de inscripción del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o nombre de plan de la Parte D de Medicare. Para obtener información a través de la oficina de ADAP en Puerto Rico, llame al Programa Ryan White Parte B del Departamento de Salud de Puerto Rico 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, llame al 787-765-2929, extensiones 5106, 5107, 5114, 5115, 5116, 5117, 5119, 5132, 5135, 5136, 5137 y 5138.

¿Qué ocurre si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos recetados? ¿Obtiene los descuentos?

La mayoría de nuestros afiliados reciben “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si recibe “Ayuda adicional”, el Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare no le aplica. Si recibe “Ayuda adicional”, usted ya tiene cubierta para los costos de sus medicamentos recetados durante la brecha de cubierta, usted ya tiene una cubierta para los costos de medicamentos recetados durante la Etapa del período sin cubierta.

¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y cree que debería tenerlo?

Si considera que ha alcanzado el período sin cubierta y no obtuvo un descuento cuando pagó por el medicamento de marca, debe revisar el próximo aviso de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos recetados estén correctos y actualizados. Si consideramos que no le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o puede llamar 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 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 (RRB, por sus siglas en inglés): información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son libres de cargo. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de 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.
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 libres de cargo.
SITIO WEB	rrb.gov/

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cubierta del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Capítulo 3. Cómo utilizar la cubierta del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener cuidado de salud y otros servicios cubiertos como afiliado de nuestro plan 76

Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”? 76

Sección 1.2 .Normas básicas para obtener el cuidado de salud y otros servicios cubiertos por su plan 77

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener cuidado de salud y otros servicios 80

Sección 2.1 Usted tiene que elegir a un proveedor de cuidado primario (PCP) para que brinde y supervise su cuidado 80

Sección 2.2 ¿Qué tipos de cuidado de salud y otros servicios puede recibir si no obtiene la autorización de su PCP por adelantado? 84

Sección 2.3 Cómo puede obtener cuidado de especialistas y otros proveedores de la red..87

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red 90

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, una

necesidad de cuidado urgente o durante un desastre 91

Sección 3.1 Cómo puede obtener cuidado si tiene una emergencia médica 92

Sección 3.2 Cómo obtener cuidado de salud cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios.....95

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre.....97

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 98

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos.....98

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan? 98

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"?.....100

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? 100

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?.....102

SECCIÓN 6 Reglas para obtener cuidado en una "institución religiosa no médica para el cuidado de la salud" 105

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud?.....105

Sección 6.2 Recibiendo cuidado de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud.....105

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero 107

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan? 107

SECCIÓN 8 Reglas para el equipo de oxígeno, suplidos y mantenimiento 109

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?.....109

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?.....109

Sección 8.3 ¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Medicare Original? 110

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener cuidado de salud y otros servicios cubiertos como afiliado de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener cuidado de salud y otros servicios cubiertos. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios y otros cuidados de salud cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de cuidado de salud y otros servicios cubiertos por nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicho cuidado, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

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 el cuidado 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 brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de cuidado de salud.

- Los “**proveedores de la red**” son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de cuidado de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar tanto nuestro pago como la cantidad que le corresponde a usted pagar como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando usted visita a un proveedor de la red, no paga nada o paga solo la parte que le corresponde por servicios cubiertos.
- Los “**servicios cubiertos**” incluyen todo el cuidado médico, los servicios de cuidado de salud, suplidos y equipo que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de cuidado de salud se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

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

Como un plan de salud de Medicare y Medicaid, MMM Bono Platino tiene que cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y puede ofrecer otros servicios adicionales a aquellos cubiertos por Medicare Original. Favor referirse a la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

MMM Bono Platino cubrirá, por lo general, su cuidado de salud, 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 medicamentos, servicios o suplidos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de buena práctica médica.
- **Tenga un proveedor de cuidado primario (PCP) 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 su cuidado 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 tres 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 recibir cuidado de salud que Medicare o Medicaid exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener el cuidado de un proveedor fuera de la red. Tendrá que solicitar autorización del plan antes de solicitar el cuidado. En este caso, cubriremos los servicios como si usted los hubiera recibido de un proveedor en la red. Para más información sobre cómo obtener autorización para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

- El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporeramente fuera del área de servicio del plan.

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

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

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

- **¿Qué es un PCP?**

  Cuando usted se afilia a nuestro plan, tiene que elegir a un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un médico que cumple con los requisites 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 usted obtendrá como afiliado de nuestro plan.

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

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

  En algunos casos, un especialista podría convertirse en su proveedor de cuidado primario (PCP). Si su condición de salud es especial, crónica, severa y recurrente, usted puede coordinar entre su PCP, su especialista y nosotros para que pueda seguir recibiendo el tratamiento y/o los servicios del especialista como su PCP. Esto significa que usted recibirá los servicios o tratamientos relacionados con su condición de salud especial, crónica, severa y recurrente de su especialista como si él/ella fuera su PCP, y continuará recibiendo los otros servicios a través de su PCP. Igualmente, las visitas y los servicios del especialista que se convierta en su nuevo PCP por su condición de salud no requerirán referido del médico primario anterior.

- **El rol del PCP en su plan**

Su PCP está adiestrado para darle cuidado médico básico. Su PCP proporcionará la mayor parte de su cuidado y 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 algunas clases de servicios o 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 proporcionará y coordinará su cuidado médico, debe enviarle a su oficina todos sus expedients médicos anteriores.

Si no tiene un referido (aprobación por adelantado) antes de recibir servicios de un especialista, podría tener que pagar por estos servicios de su bolsillo. Si el especialista recomienda que usted vuelva para recibir más cuidado, verifique antes y asegúrese de que el referido (aprobación por adelantado) que obtuvo de su PCP para la primera visita cubra más visitas al especialista.

¿Cómo elige al PCP?

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

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP. Si usted cambia su PCP, no estará limitado a especialistas y hospitales específicos a los cuales ese PCP refiere.

Cuando un PCP que usted está viendo deja nuestra red, usted debe elegir otro PCP de los proveedores participantes en nuestra red. Si su PCP deja nuestro plan, se lo dejaremos saber y le ayudaremos a escoger otro PCP para que pueda seguir recibiendo los servicios cubiertos.

Cuidado en un Período de Transición: Si el contrato de su proveedor es cancelado, el plan le notificará dentro de 30 días calendario antes de la fecha de cancelación. Usted podría continuar recibiendo beneficios del mismo proveedor durante un período de transición. Favor de comunicarse con el plan para más información.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios al Afiliado. Su solicitud será efectiva el primer día del mes después de haberse recibido su solicitud.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de cuidado de salud y otros servicios puede recibir si no obtiene la autorización de su PCP por adelantado?

Usted puede recibir los servicios que aparecen a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su PCP.

- Cuidado de salud de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos, siempre que se los realice un proveedor de la red.
- Vacunas contra la influenza, COVID-19, la hepatitis B y la pulmonía, siempre que se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o fuera de la red.
- Servicios de urgencia proporcionados por proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sea posible comunicarse con ellos; por ejemplo, cuando usted esté temporeramente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está

temporeramente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicios al Afiliado antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio. Los números de teléfono de Servicios al Afiliado figuran en la contraportada de este folleto).

- Tratamientos para condiciones especiales según determinadas por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico, una vez haya sido diagnosticado y haya recibido servicios para estas condiciones:
  - VIH/SIDA
  - Tuberculosis
  - Lepra
  - Lupus
  - Fibrosis quística
  - Cáncer
  - Hemofilia
  - ESRD=> Niveles 3, 4 y 5
  - Esclerosis Múltiple
  - Escleroderma
  - Hipertensión pulmonar
  - Anemia aplásica
  - Artritis reumatoide
  - Autismo

  - Cáncer en la piel
  - Cáncer en la piel: carcinoma IN SITU
  - Cáncer en la piel: Melanoma Invasivo o celúlas escamosas con evidencia de mestástasis
  - Fenilcetonuria, adultos con
  - Hepatitis C Crónica
  - Fallo Cardíaco Congestivo (CHF), Clase III y IV, Asociación del Corazón de Nueva York (NYHA) en un candidato potencial para trasplante de corazón.
- Visitas o tratamientos de un especialista que se haya convertido en su PCP, como resultado de una condición de salud severa, crónica y recurrente
- Visitas al ginecólogo/obstetra y al urólogo
- Laboratorios de patología
- Evaluaciones iniciales de un cardiólogo, gastroenterólogo, endocrinólogo, oftalmólogo, neumólogo, ortopeda, reumatólogo y psiquiatra
- Visitas o tratamientos del especialista si él/ella pertenece a una red IPA de proveedores
- Recetas hechas por el especialista que le está atendiendo
- Pruebas preventivas
- Visitas al dentista y al optómetra
- Vacunas preventivas

- Radiología

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

El especialista es un médico que brinda servicios de cuidado de salud en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen condiciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen condiciones específicas de los huesos, las coyunturas o los músculos.

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

Su PCP le ayudará a encontrar al especialista en el plan que esté cualificado para tratar su condición. Usted tiene que obtener aprobación de su PCP para visitar a un especialista en el plan. Si no tiene un referido (aprobación por adelantado) antes de obtener servicios de un especialista, podría tener que pagar por los servicios.

¿Para qué tipo de servicios tendrá el PCP que obtener preautorización del plan?

Cuando usted visita a un proveedor especialista del plan y el médico tiene que realizar algunas pruebas o cirugía, el médico tiene que, primero, recibir preautorización de nuestro plan. El médico es responsable de obtener preautorización para usted. Los requisitos de preautorización y/o referido para cada servicio aparecen en su Tabla de Beneficios Médicos, en el Capítulo 4 de este folleto. Para más información, comuníquese con Servicios al Afiliado.

Si cambia su PCP, no estará limitado a especialistas y hospitales específicos a los cuales ese PCP refiere.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al

menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.

- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe manejando sus necesidades de cuidado de salud.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su tratamiento no está siendo administrado de manera apropiado, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su cuidado.

Puede llamar a Servicios al Afiliado a los números de teléfono que figuran en la contraportada 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 puede obtener atención de proveedores fuera de la red

En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte

de la red de nuestro plan) no se cubrirá. *A continuación tres excepciones*:

- El plan cubre cuidado de emergencia o cuidado urgentemente necesario que obtenga de un proveedor fuera de la red.
- El plan cubre servicios de diálisis a afiliados con Fallo Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) que viajaron fuera del área de servicio del plan y que no pueden llegar a proveedores de ESRD contratados.
- Si necesita cuidado médico que Medicare le require a nuestro plan cubrir y en nuestra red no temenos proveedores disponibles para brindar el servicio, usted puede obtener el cuidado de un proveedor fuera de la red. Necesitará obtener autorización del plan antes de solicitor el cuidado. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si el cuidado fuse provisto por un proveedor dentro de la red.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, una

necesidad de cuidado urgente o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo puede obtener cuidado si tiene una emergencia médica

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier persona con conocimientos básicos de salud y medicina, considera que los síntomas médicos que presenta requieren atención inmediata para evitar la pérdida de vida, de una extremidad o del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 9-1-1 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o referido del PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento a su cuidado de emergencia. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su cuidado de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llame a

Servicios al Afiliado a los números que aparecen al final de este folleto.

¿Qué está cubierto si usted tiene una emergencia médica?

Usted puede obtener cuidado de salud de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios a través de la cubierta mundial. El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

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

Si se presenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su cuidado. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la condición y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir cuidado de seguimiento para garantizar que siga estando estable. El plan cubre el cuidado de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su cuidado tan pronto como su condición y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita cuidado de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* era una emergencia, cubriremos el cuidado adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener cuidado adicional.
- --*o*-- El cuidado adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener estos servicios de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 a continuación).

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

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Los “servicios de urgencia” se refieren a una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere cuidado de salud inmediato. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporeramente. La enfermedad imprevista podría ser, por ejemplo, una agudización inesperada de una condición que usted ya sabe que padece.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir cuidado?

Siempre debe tratar que los proveedores de la red le brinden los servicios de urgencia. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporeramente y no es razonable esperar para obtener cuidado de salud de su proveedor de la red cuando esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Los afiliados tienen acceso a una instalación de cuidado de urgencia en su región. Una lista de las instalaciones contratadas está disponible en el *Directorio de Proveedores*

y Farmacias vigente, en nuestra página de Internet y distribuida en las oficinas de los PCPs con números de teléfono y direcciones para información de los afiliados. Al presente, la red de instalaciones de cuidado de urgencia se conoce como MMM Centros de Urgencia. Estas instalaciones están disponibles a través de toda la Isla y ofrecen servicios médicos y de diagnóstico complementarios, tales como: servicios de laboratorios clínicos y de radiología. Algunos de los centros están abiertos las 24 horas/ 7 días y otras instalaciones tienen horarios extendidos para su conveniencia. Además, algunos MMM Centros de Urgencia ofrecen servicios de vacunación para nuestros afiliados. En algunos MMM Centros de Urgencia, ofrecemos una alternativa innovadora y accesible para el cuidado de úlceras y heridas. Utilizamos tecnologías de avanzada, protocolos clínicos científicamente validados y prácticas basadas en evidencia médica para lograr una rápida curación de úlceras y heridas. Nuestro equipo está compuesto por profesionales capacitados, con amplia experiencia en el tratamiento apropiado de úlceras y heridas. Llame para solicitar una evaluación o consulte con su médico primario para saber cómo puede obtener este servicio.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir cuidado?

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede obtener el cuidado de un proveedor de la red, nuestro

plan cubrirá los servicios de urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

Medicare no cubre servicios de urgencia o cualquier otro cuidado que reciba fuera de los EE. UU.

Nuestro plan cubre cuidado mundial de emergencia y servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos bajo las siguientes circunstancias: Si presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de vida, pérdida de salud, pérdida de una extremidad o para recuperar el funcionamiento máximo de una extremidad que se encuentre en grave peligro. Sus síntomas podrían ser a causa de una enfermedad, lesión, dolor severo o una condición médica que empeora rápidamente.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de Puerto Rico, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir cuidado a través de su plan.

Por favor, visite la siguiente página de Internet: www.mmmpr.com para obtener información sobre cómo obtener el cuidado que necesite durante un desastre.

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

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más de lo que le correspondía pagar por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, vea 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*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?

MMM Bono Platino cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios; estos servicios se encuentran en la Tabla de Beneficios Médicos del plan

(esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen conforme a las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de cuidado o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho de solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su cuidado.

En el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)*), encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cubierta o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar a Servicios al Afiliado para obtener más información (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Para los beneficios definidos por límites en 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 los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado un “ensayo clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de cuidado de salud, por ejemplo, para averiguar la eficacia de 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 estapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo método funciona y si es seguro.

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted

para darle más detalles y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo la investigación. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos de este *y* si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en dicho estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir afiliado en nuestro plan y continuar 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. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Aun cuando no necesite permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de que comience su participación en dicho estudio**.

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto) para informar que participará en un ensayo clínico

y para obtener más detalles específicos sobre lo que su plan pagará.

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

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

- Habitación y comida para una hospitalización por la que Medicare pagaría, aunque usted no estuviera particpando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico, si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia del nuevo cuidado.

Medicare Original paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará 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.

A continuación, se muestra 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 el análisis y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es la misma cantidad que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus Resúmenes de Notificaciones de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto debe. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio este probando, a menos que

Medicare cubra 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 cubriría las tomografías computarizadas (CT, por sus siglas en inglés) mensuales que se realicen como parte del estudio si su condición médica normalmente requiere una sola tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

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 un centro que provee cuidado de salud para una condición que, normalmente, sería tratada en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un afiliado, se brindará cubierta para su cuidado en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud. Puede optar por recibir cuidado de salud en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios de hospitalización de la Parte A (servicios no médicos de cuidado de salud). Medicare solo pagará los servicios de 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 que lo atiendan en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud, debe firmar un

documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un 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 cuidado o tratamiento médico “exceptuado” es cuidado o tratamiento médico que *no* es voluntario o que es *requerido* por ley federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, el cuidado que reciba en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde cuidado debe estar certificada por Medicare.
- La cubierta del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* del cuidado.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, 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 recibir aprobación por adelantado de nuesytro plan antes de ser admitido al centro o su estadía no será cubierta.

La cubierta de Beneficios por Hospitalización para este plan es ilimitada. Para más información, por favor consulte al Beneficios 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 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipos 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 recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El afiliado siempre es dueño de algunos artículos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que tiene que alquilar.

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como

afiliado de MMM Bono Platino, usualmente, no se convertirá en dueño del 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 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 sucede con los pagos que realizó por el equipo médico duradero si se cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Medicare Original a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estuvo en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME en Medicare Original *antes* de afiliarse a nuestro plan, estos pagos previos tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que vuelva a Medicare Original para convertirse en propietario del artículo. En este caso, no hay excepciones cuando regresa a Medicare Original.

SECCIÓN 8 Reglas para el equipo de oxígeno, suplidos 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, MMM Bono Platino cubrirá:

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

Si deja MMM Bono Platino 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 20% de coaseguro cada mes.

Su costo compartido no cambiará después de estar afiliado durante 36 meses en MMM Bono Platino.

Si antes de afiliarse en MMM Bono Platino, pagó 36 meses de alquiler para la cubierta del equipo de oxígeno, su costo compartido en MMM Bono Platino es 20% de coaseguro.

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

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 MMM Bono Platino, se inscribe en MMM Bono Platino 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 MMM Bono Platino 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 ...113

Sección 1.1 Tipos de costos que puede tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.....113

Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos? 114

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos” 115

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de Beneficios Médicos* para saber qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar 117

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y sus costos como afiliado del plan 117

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de MMM Bono Platino? 288

Sección 3.1 Servicios no cubiertos por MMM Bono Platino.....288

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 290

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan 290

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 MMM Bono Platino. 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 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 "**coaseguro**" es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coaseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La

Tabla de Beneficios Médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coaseguro).

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

Recuerde: Dado que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos de ellos llegarán a este máximo en pagos de su bolsillo.

Como usted está afiliado a un plan Medicare Advantage, hay un límite sobre cuánto debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que estén cubiertos por nuestro plan (consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se llama la cantidad máxima que paga de su bolsillo por servicios médicos.

Como afiliado de MMM Bono Platino, en el 2022, la cantidad máxima que deberá pagar de su bolsillo por servicios es $3,250. Las cantidades que usted paga en copagos y coaseguros por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. (Las cantidades que paga por los medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo). Si llega a la cantidad máxima que paga de su bolsillo de $3,250, no deberá pagar gastos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que

Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen saldos"

Como afiliado de MMM Bono Platino, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la parte que le corresponde de la cantidad del costo compartido cuando obtiene 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 (que nunca paga más que la cantidad de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

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), usted solo paga esa cantidad por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si la parte que le toca pagar es un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que vea:

  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene un referido).
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene un referido).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de Beneficios Médicos* para saber qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y sus costos como afiliado del plan

La Tabla de Beneficios Médicos que aparece en las siguientes páginas detalla los servicios cubiertos por MMM Bono Platino y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios descritos en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cubierta:

- Sus servicios cubiertos por Medicare y Medicaid deben ser provistos de acuerdo con las guías de cubierta establecidas por Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluyendo el cuidado médico, servicios, suplidos y equipo) *tienen* que ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suplidos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de buena práctica médica.
- Usted recibe su cuidado de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y

las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.

- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) que le brinda y supervisa su cuidado. En la mayoría de los casos, su PCP tiene que darle una preautorización antes de que visite a otros proveedores en la red del plan. Esto se llama darle un "referido". En el Capítulo 3 se incluye información sobre cómo obtener un referido y las situaciones en las que no necesita un referido.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos *solo* si el médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse "preautorización"). Los servicios cubiertos que deben autorizarse por adelantado están marcados en la Tabla de Beneficios Médicos en **negrillas**.

Otra información importante que debe saber sobre nuestra cubierta:

- Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Medicare cubre cuidado de salud y medicamentos recetados. Medicaid cubre el costo compartido por sus servicios de Medicare, incluyendo los costos compartidos por sus medicamentos recetados. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, tales como cuidado dental preventivo, planificación familiar y chequeos EPSDT, entre otros.

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea obtener información sobre la cubierta y los costos de Medicare Original, consulte su folleto Medicare y Usted 2022. Véalo por internet en www.medicare.gov o pida su copia llamando 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).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubriremos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una condición existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la condición existente.
- En ocasiones, Medicare añade cubierta para nuevos servicios durante el año bajo Medicare Original. Si, durante 2022, Medicare añade cubierta para algún servicio, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Este plan cubre Medicare, Medicaid y beneficios suplementarios adicionales. Los beneficios de Medicaid se describen en la tabla de beneficios a continuación; tenga en cuenta que todos los servicios están cubiertos sin costo compartido.
- Si se encuentra en nuestro período de 6 meses de elegibilidad continua de nuestro plan, seguiremos

proporcionando todos los beneficios cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, **seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid incluidos por el Plan Medicaid Estatal.** Las cantidades de costo compartido de Medicare para beneficios básicos de Medicare y beneficios suplementarios no cambian durante este período.

- Medicare aprobó a MMM Bono Platino 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 MMM Bono Platino participa en MMM Encamina, usted será elegible para los siguientes servicios de WHP, incluyendo los servicios de planificación de cuidados avanzados (ACP, por sus siglas en inglés):
    - El Programa de Manejo de Casos puede realizar una Evaluación del Riesgo para la Salud (HRA, por sus siglas en inglés) para evaluar su estado general de salud. Durante este examen, se le preguntará si sabe que tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento. Los siguientes son algunos de los temas que su proveedor o su

manejador de casos discutirán con usted como parte del servicio de los Servicios de Planificación de Bienestar y Cuidado de la Salud:

- Qué es una directriz anticipada;
- Cómo usted puede tener una directriz anticipada como parte de su plan de cuidado;
- Quién puede ayudarle si usted está interesado en tener directrices anticipadas, incluidas las de su plan de cuidados paliativos y hospicio; e
- Información sobre cómo una directriz anticipada y las instrucciones de planificación de cuidado médico se mantienen en sus récords médicos y de manejo de caso.

  - Todos los años, se le informará sobre su planificación de cuidado médico e instrucciones relacionadas con WHP durante sus visitas anuales de bienestar o durante cualquier otro encuentro con sus proveedores. Estas visitas son una oportunidad para que usted haga cualquier cambio a sus directrices anticipadas.

- Debido a que MMM Bono Platino 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 VBID para los afiliados elegibles para recibir tecnologías nuevas y existentes o dispositivos médicos aprobados por la FDA.

- Debido a que MMM Bono Platino participa en MMM Encamina, usted será elegible para recibir tecnologías nuevas y existentes o dispositivos médicos aprobados por la FDA.
  - Los afiliados que hayan sido diagnosticados con diabetes serán elegibles para un dispositivo profesional de monitoreo continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés) que sirve para detectar tendencias y patrones de seguimiento y fluctuaciones del nivel de glucosa por encima o por debajo del rango deseado, lo que facilitará los ajustes de la terapia en los afiliados (mayores de 18 años) con diabetes. Este sistema está diseñado para ser utilizado por profesionales de la salud.
  - Su participación en este programa es completamente voluntaria. Por lo tanto, si no está interesado en participar, puede rechazar esta oportunidad exclusiva firmando el Formulario de exclusión voluntaria del programa que se incluyó en la carta de bienvenida que recibió, y enviándolo por correo en el sobre con la dirección y el sello predirigido. Además, una vez que haya comenzado en el programa, puede optar por descontinuar su participación en cualquier

momento llenando y firmando un formulario de interrupción del programa en la clínica donde está recibiendo el servicio. Si cambia de opinión en el futuro y desea volver a inscribirse en este programa, estará sujeto a cumplir con los criterios de participación específicos.

Información importante sobre beneficio para afiliados con condiciones crónicas

- Si es diagnosticado con la(s) siguiente(s) crónica(s) y cumple con unos criterios definidos, usted podría ser eligible para beneficios suplementarios especiales para afiliados con enfermedades crónicas.
    - *Dependencia crónica del alcohol y otras Drogas; Trastornos autoinmunes limitados a: polyarteritis nodosa, polimialgia reumática, polimiositis, artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico; cancer, excluyendo afecciones 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, cuadraplejia, paraplejia, monoplejía), 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, pudiera 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 Tabla de Beneficios Médicos a continuación para más detalles.

Verá esta manzana al lado de 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 las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene un referido de su médico, asistente médico, enfermero especializado o especialista en enfermería clínica. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 consultas en 90 días están cubiertas para beneficiarios de Medicare bajo las siguientes circunstancias:	Servicios de acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Para propósitos de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define como: • Dura 12 semanas o más. • No es específico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor:	cubiertos por Medicare **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 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	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27. • **Requiere referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Terapias alternativas – Suplementario Usted es elegible para: • Hasta doce **(12)** visitas para servicios de naturópata.	Terapias alternativas **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de ambulancia • Los 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. • El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la condición del afiliado es tal que otros medios de transportación podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Ambulancia de emergencia **$0** de copago por día de servicio independientemente del número de viajes. Ambulancia de no-emergencia **$0** de copago por día de servicio independientemente del número de viajes.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización aplican, excepto para cuidado de emergencia.**	
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 presente y factores de riesgo. Está cubierta una vez al año. **Nota**: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de “Bienvenido a Medicare” para tener cubierta para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Medida de densidad de masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de hueso o determinar la calidad del hueso, incluyendo la interpretación de los resultados por parte de un médico. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para mamografías de

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Una mamografía cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y consejería están cubiertos para afiliados que cumplen con determinadas condiciones y cuentan con el referido de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. • **Requiere referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare **$0** de copago Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Visita de reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita al año con su médico primario para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (de ser apropiado), verificar su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Prueba de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o irregularidades asociadas al riesgo elevado de enfermedades	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses). • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones (dislocación parcial). **Servicios Quiroprácticos – Suplementarios** Además, usted es eligible para: • Hasta seis (6) visitas de rutina por año para servicios quiroprácticos suplementarios, con una cantidad de beneficio máximo del plan hasta por **$750** por año. • **Requiere referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare **$0** de copago por visita Servicios quiroprácticos suplementarios **$0** de copago por visita
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios:	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en excreta con guayacol (gFOBT). • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años. Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • Prueba diagnóstica de colonoscopia (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses.	la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. <u>Enema de bario cubierta por Medicare</u> **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • Una colonoscopia diagnóstica cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses después de una sigmoidoscopia de detección. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Nosotros cubrimos: **Servicios Dentales cubiertos por Medicare**	Servicios dentales cubiertos por Medicare **0%** de coaseguro Servicios dentales preventivos y

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 Comprensivos – Suplementarios** Este plan tiene un límite de hasta **$500** por año para los siguientes servicios dentales comprensivos suplementarios: (el límite máximo del plan no aplicará a los servicios diagnósticos y preventivos, ni para los servicios cubiertos por Medicaid). El afiliado debe conocer su balance disponible antes de solicitar cualquier servicio. **Servicios de restauración:**	diagnósticos suplementarios: Evaluaciones orales **0%** de coaseguro Profilaxis (limpieza) **0%** de coaseguro Tratamiento de fluoruro **0%** de coaseguro Radiografías dentales **0%** de coaseguro

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Poste y Coronas Individuales – Cubierto por año, por diente, por vida. • Reconstrucción de muñón, incluyendo los pasadores cuando sea necesario, cubierto cada veinticuatro (24) meses. • Reemplazo de coronas individuales cubierto cada cinco (5) años con documentación de justificación requerida (“by report”). • Corona individual (corona temporera) - Resina • Corona individual – Porcelana fundida en metal noble y/o altamente noble • Corona individual – Porcelana/cerámica La recementación de coronas y postes está limitada para el pago a uno (1)	<u>Servicios diagnósticos</u> **0%** de coaseguro <u>Servicios dentales comprensivos:</u> <u>Servicio suplementario de restauración:</u> <u>Postes y muñones y/o coronas individuales</u> **0%** de coaseguro

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 prostodoncia:** Prostodoncia removible: • 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	Otros servicios restaurativos **0%** de coaseguro Endodoncia **0%** de coaseguro Extracciones **0%** de coaseguro Cirugía oral y maxillofacial **0%** de coaseguro Servicios dentales de prostodoncia suplementarios

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 repación de dentaduras completas o parciales existentes, serán cubiertos después 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**	**0%** de coaseguro

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 anteriormente no están cubiertos por el plan. <u>Dentaduras fijas</u> • Pónticos y retenedores para coronas cubierto 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	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
○ Póntico: porcelana fundida en metal altamente noble ○ Póntico: porcelana fundida en metal noble ○ Póntico: Porcelana/cerámica Para la aprobación del pago, se debe enviar radiografías previas y posteriores junto a la firma del afiliado y del dentista. La anestesia local se considera parte de los procedimientos de prótesis fijas. <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)	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• 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 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	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 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. Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado. Los siguientes beneficios están incluidos en el Plan de Salud del Gobierno: • Todos los servicios preventivos y correctivos para niños menores de veintiún (21) años, según ordenado del requisito de EPSDT; • Terapia Pediátrica de la Pulpa (pulpotomía) para niños menores de veintiún (21) años de edad; • Coronas de acero inoxidable para uso en dientes primarios después de una pulpotomía pediátrica; • Servicios dentales preventivos para adultos; • Servicios restaurativos para adultos;	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Un (1) examen oral completo al año; • Un (1) examen periódico cada seis (6) meses; • Un (1) examen oral limitado a un problema específico; • Una (1) serie completa de radiografías inytraorales, incluyendo de la mordida, cada tres (3) años; • Una (1) radiografía inicial periapical/intraoral; • Hasta cinco (5) radiografías periapicales / intraorales adicionales por año; • Una (1) radiografía sencilla de mordida al año; • Una (1) radiografía doble de mordida al año; • Una (1) radiografía panorámica cada tres (3) años;	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Una (1) limpieza para adultos cada seis (6) meses; • Una (1) limpieza para niño cada seis (6) meses; • Una (1) aplicación tópica de floururo cada seis (6) meses para afiliados menores de diecinueve (19) años de edad; • Selladores de fisura de por vida para afiliados hasta los catorce (14) años de edad (incluyendo molares deciduos hasta los 8 años de edad cuando sea médicmanete necesario debido a tendencia a caries); • Restauración en amalgama; • Restauraciones en resina; • Endodoncia (“root canal”); • Tratamiento paliativo; y • Cirugía oral	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un entorno de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o referidos. • **Reglas de autorización pueden aplicar**	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye prueba de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles altos de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de altos niveles de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como estar sobrepeso y	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses. • **Reglas de autorización pueden aplicar**	
Adiestramiento para el automanejo de la diabetes, servicios y suplidos para diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suplidos para monitorear su glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y de los monitores.	Adiestramiento para el automanejo de la diabetes cubierto por Medicare **$0** de copago Servicios y suplidos de diabetes y zapatos

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Para las personas que padecen diabetes con enfermedad del pie diabético severa: un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida por año calendario (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 incluyen las plantillas removibles, no personalizadas, que vienen con estos zapatos). La cubierta incluye el ajuste. • El adiestramiento para automanejo de la diabetes está cubierto bajo algunas condiciones. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	terapéuticos o plantillas **0%** de coaseguro

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suplidos relacionados (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de “equipo médico duradero”). 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 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.	Beneficios cubiertos por Medicare: Suplido de equipo médico duradero **20%** de coaseguro Silla de ruedas **20%** de coaseguro Cama de hospital uso en el hogar **20%** de coaseguro Silla de rueda motorizada **20%** de coaseguro

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Equipo Médico Duradero (DME)- Tecnologías nuevas y existentes o dispositivos médicos aprobados por la FDA Los afiliados que hayan sido diagnosticados con diabetes serán elegibles para: • Dispositivo profesional de monitoreo continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés) que sirve para detectar tendencias y patrones de seguimiento y fluctuaciones del nivel de glucosa por encima o por debajo del rango deseado, lo que facilitará los ajustes de la terapia en los afiliados (mayores de 18 años) con diabetes. Este sistema está diseñado para ser utilizado por profesionales de la salud.	Otro equipo médico duradero **20%** de coaseguro <u>Dispositivo de monitoreo continuo de glucosa (CGM) para afiliados elegibles</u> **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Cuidado de emergencia Cuidado de emergencia se refiere a los servicios que son: • Provistos por un proveedor cualificado para ofrecer servicios de emergencia. • 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 tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden deberse a una enfermedad, lesión,	Servicios de emergencia cubiertos por Medicare **$0** de copago por visita a sala de emergencia Servicios de emergencia mundial suplementarios **$75** de copago por visita a sala de emergencia No tendrá que pagar el copago si es admitido al hospital. Si recibe cuidados de

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 un límite máximo del plan de $500.	emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidados como paciente hospitalizado después que su condición de emergencia se haya estabilizado, tiene que ir a un hospital en la red para que su cuidado siga estando cubierto *O* tiene que obtener autorización del plan para recibir cuidado hospitalario en el hospital fuera de la red y su

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	costo compartido será igual al que pagaría en un hospital de la red.
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, 7 días a la semana. • Materiales impresos de educación en salud.	Servicios de programas de educación sobre la salud y el bienestar **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Adiestramiento nutricional.	
Servicios de audición Las evaluaciones diagnósticas de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertoas como cuidado ambulatorio cuando son provistas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico: Servicios de audición no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado. Aparatos auditivos para beneficiarios mayores de 20 años están excluidos	Servicios de audición cubiertos por Medicare **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
de la cubierta. Refiérase a EPSDT para servicios de audición cubiertos. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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**	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para exámenes de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Servicios de salud en el hogar ofrecidos por agencias de cuidado de salud Antes de recibir los servicios de salud en el hogar, un médico tiene que certificar que los necesita y ordenará que una agencia de atención médica a	Servicios de salud en el hogar por agencias de cuidado de salud

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 cubierto bajo el beneficio de cuidados de salud a domicilio, los servicios combinados de enfermería especializada y los servicios de 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.	**$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar incluye la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos biológicos en el hogar. Los componentes necesarios para poder realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba), y suplidos (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, provistos de acuerdo con el plan de cuidado. • Adiestramiento y educación al paciente que no estaría cubierto	Terapia de infusión en el hogar **0%** de coaseguro

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
por el beneficio del equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para el suministro de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar provistos por un proveedor calificado de tratamiento de infusión en el hogar. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
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	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de las

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 m'edico primario (PCP) y su Manejador de Casos asignado para determinar el nivel de cuidado que puede necesitar 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	Partes A y B relacionados con su diagnóstico terminal son pagados por MMM Bono Platino. **Dentro y fuera de la red** Medicamentos recetados y biológicos cubiertos por Medicare **5%** de coaseguro (**$5** máximo) Servicios de respiro al cuidador

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
recibiendo durante la transición a hospicio. Una vez comience el beneficio de hospicio, MMM Bono Platino cubrirá todo lo que pueda necesitar relacionado con su enfermedad terminal, siempre que lo proporcione un proveedor de hospicio aprobado por Medicare y sea un servicio cubierto por Medicare. El cuidado de hospicio se puede brindar en el hogar, pero también se puede cubrir en un centro de hospicio para pacientes hospitalizados. Para aquellos afiliados que puedan necesitar cuidado simultáneo de transición para cualquier tratamiento clínico en curso, MMM Bono Platino garantizará la continuación de este beneficio a medida que hagan la transición al cuidado de hospicio con un proveedor de hospicio de la red y de proveedores que no son de hospicio. El Manejador de Casos que se le asigne como parte	cubierto por Medicare **5%** de coaseguro (**$5** máximo) Todos los demás servicios de cuidado paliativo y 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

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 médicos • Cuidado paliativo previo al hospicio • Cuaidado 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	consultas ambulatorias. Es posible que apliquen costos compartidos para otros servicios no relacionados con su diagnóstico terminal; consulte la sección correspondiente dentro de esta tabla.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• 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) • Respiro al cuidado a corto plazo • Cualquier otro servicio cubierto por Medicare necesario para controlar la enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, según lo recomendado por el equipo de cuidado paliativo del plan. <u>Para los servicios de hospicio y para los servicios que están cubiertos por Medicare Partes A y B, y que están relacionados con su diagnóstico terminal:</u> MMM Bono Platino pagará por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de Parte A o B	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
relacionados con su diagnóstico terminal. <u>Para los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no están relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Si usted necesita servicios que no son de emergencia, los servicios que no son de urgencia que están cubiertos bajo Medicare Partes A o B y que no están relacionados con su diagnóstico terminal, su costo para estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor dentro de la red de nosotros: • 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	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
servicio de Medicare (Medicare Original) Para los servicios que están cubiertos por MMM Bono Platino, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B: MMM Bono Platino continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estáncubiertos por la Parte A o B, estén o no estén relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga su cantidad de copago por estos servicios. Para medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Parte D del plan: Todos los medicamentos están cubiertos por nuestro plan. Para más información, refiérase al Capítulo 5, Sección 9.3 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). MMM Bono Platino no impondrá ningún límite de dinero o restricciones de política a aquellos afiliados que	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 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:	No se requiere coaseguro, copago ni

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• 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. También cubrimos vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. <u>Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:</u>	deducible para las vacunas contra la pulmonía, influenza, hepatitis B y COVID-19.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de vacunación no cubiertos por: • Parte B de Medicare • Formulario de la Parte D de la Organización Medicare Advantage • Beneficios suplementarios de la Organización Medicare Advantage • No cubiertos por el Programa de Vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico, pero incluidos en el Plan Medicaid del Estado Los siguientes servicios no están incluidos en la cubierta del Plan Medicaid del Estado (“wrap around”), pero los provee el Departamento de Salud: 1. Vacunas para niños de 0 a 20 años de edad (inclusive)[1]: • Hepatitis B	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Rotavirus (RV) • DTaP (difteria, tétanos, tos ferina) • Hib (Haemophilus influenzae tipo b / Vacuna conjugada Hib) • PCV13 Y PPSV23 (Vacunas antineumocócicas) • Polio (IPV) • Vacunas contra la influenza (Virus atenuado LAIV o IIV)[2] • MMR (sarampión, paperas y rubeola) • Varicela (VAR) • Hepatitis A • Vacunas Antimeningocócicas – Hib-MenCY [MenHibrix], MenACWY-D [Menactra], MenACWY-CRM (Menveo) MenB (Meningococos serogrupo B Men B -4C	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
[Bexserol] y Men B- FHbp [Trumenba] • Tdap • Virus Papiloma Humano 2. Vacunas para adultos desde los 21 años de edad[3]: • Influenza[2] • Td / Tdap (tétanos, difteria, tos ferina) • Varicela • VPH (Virus del Papiloma Humano) • Zoster • MMR (sarampión, paperas y rubeola) • Neumococo Polisacárido (PPSV23) • Neumococo 13- Conjugada (PCV13) • Meningococo	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Hepatitis A • Hepatitis B 3. Vacuna COVID-19 – no se incluye en en el *wrap around* de Medicaid, pero es proporcionada por el Departamento de Salud (DOH). La organización Medicare Advantage (MAO) debe seguir las instrucciones proporcionadas por CMS. [1]La Organización Medicare Advantage debe consultar los documentos de política pública sobre las guías detalladas de vacunación e inmunización recomendadas. [2]Ver vacuna contra la influenza recomendada 2017-2018. [3]Vacunación recomendada para adultos que cumplen con los requisitos de edad, que no tengan documentación de vacunación, o sin evidencia de infección pasada. Vacunación recomendada para	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
adultos con algún factor de riesgo adicional y otra indicación. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
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. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Alimentos, incluyendo dietas especiales.	Servicios recibidos en un hospital de la red **$0** de copago por admisión o estadía Servicios recibidos en UNIDAD DORADA **$0** de copago por admisión o estadía Si recibe cuidados

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Servicios regulares de enfermería. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Fármacos y medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Rayos X y otros servicios de radiología. • Suplidos médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de equipos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Terapia física, ocupacional y del habla. • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados. • En algunos casos, los siguientes tipos de transplante están cubiertos: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula	hospitalarios autorizados en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, su corto será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
ósea, células madres e intestinal/multivisceral. Si necesita un transplante, haremos los arreglos para que su caso sea evaluado por un centro de transplantes aprobado por Medicare, el cual decidirá si usted es candidato para recibir un transplante. Los proveedores de transplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros proveedores de transplantes en la red están fuera del patrón de cuidado para transplantes en su comunidad, usted puede elegir quedarse en su área local, siempre y cuando el proveedor local de transplantes esté dispuesto a aceptar las tarifas de Medicare Original. Si MMM Bono Platino ofrece servicios de transplante en una localidad fuera del itinerario de cuidado para transplantes en su comunidad y usted elige hacerse	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
el transplante 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 usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos. **Nota:** Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor tiene que	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
hacer una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Aun si usted permanece en el hospital durante una 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 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 llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas, los 7 días de la semana.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
<u>Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:</u> La cubierta comienza el primer día en que la cubierta de Medicare y la cubierta *wrap around* de Platino apliquen para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización Medicare Advantage, pero incluido como un servicio cubierto por el plan Medicaid del estado. Acceso a habitación semi-privada, (cama disponible las veinticuatro (24) horas del día), todos los días naturales del año. Cubierta incluye: • Sala de aislamiento por razones médicas	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Diagnóstico y tratamiento especializado, tales como electrocardiografías, electroencefalografías, gases arteriales y otras pruebas de diagnóstico y/o tratamiento especializadas que están disponibles en instalaciones hospitalarias y que tienen que realizarse mientras el paciente está hospitalizado. • Servicios de rehabilitación a corto plazo: Para pacientes hospitalizados, incluyendo terapia física, ocupacional y del habla. Sangre: Sangre, plasma y sus derivados sin limitaciones; esto incluye sangre irradiada y autóloga; Factor IX monoclonal por autorización de un hematólogo certificado; Factor antihemofílico con concentración de pureza intermedia (Factor VIII) A; Factor de tipo monoclonal	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
antihemofílico por autorización de un hematólogo certificado y complejo de activación de protrombina (Auto flex y Feiba) por autorización de un hematólogo certificado. • **Reglas de autorización aplican; excepto en caso de emergencia.**	
Cuidado de salud mental a pacientes hospitalizados Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. • 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	Servicios recibidos en un hospital de la red **$0** de copago por admisión o estadía

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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. <u>Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:</u> La cubierta comienza el primer día en que tanto la cubierta de Medicare y el *wrap around* de Platino apliquen para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan Medicare Advantage e incluidos como servicios cubiertos por el plan Medicaid del estado. Acceso a habitación semi-privada (cama disponible las	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
veinticuatro (24) horas del día), todos los días naturales del año. • **Reglas de autorización aplican; excepto en caso de emergencia.**	
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 la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los	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,

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios 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 continuo), 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.	<u>vendajes y férulas</u> 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

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 pueden aplicar.**	suplidos relacionados" ene sta 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

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	habla y terapia ocupacional Favor hacer referencia a la sección "Servicios ambulatorios de rehabilitación" en esta tabla.
Terapia médica de nutrición Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no están bajo tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando sea referido 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,	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
posteriormente, 2 horas cada año. Si su condición, tratamiento o disgnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con un referido médico. Un médico tiene que recetar estos servicios y renovar el referido anualmente si su tratamiento es necesario al comenzar el siguiente año natural. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
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.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
MDPP en una intervención estructurada para cambiar los hábitos de salud que proporciona adiestramiento para un cambio dietético a largo plazo, aumentar la actividad física y estrategias para enfrentar y superar los retos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida sano. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos bajo la Parte B de Medicare Original. Los afiliados de nuestro plan reciben cubierta para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el	Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare **0%** de coaseguro

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 autoadministra por inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento de recibir un transplante de órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis en caso de que no pueda salir de su casa, tenga una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y	<u>Otros medicamentos de la Parte B de Medicare</u> **0%** de coaseguro Antibióticos para infusión en el hogar **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
no puede autoadministrarse el medicamento. • Antígenos. • Algunos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas. • Algunos medicamentos para la diálisis en el hogar, incluyendo la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de eritropoyetina (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. El siguiente enlace le mostrará un listado de los Medicamentos de la Parte B que pudiesen estar sujetos a	hogar y otros medicamentos de continuidad en el hogar luego de un alta hospitalaria. Terapia Escalonada puede aplicar de Parte B a Parte B

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 debe 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. **Reglas de autorización pueden aplicar.**	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 diagnóstica de obesidad y terapia para promover la pérdida sostenida de peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, 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. Hable con su médico o professional de cuidado primario para obtener más información. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el diagnóstico preventivo de la obesidad y terapia.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios 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 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) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión	Programa de servicios para el tratamiento de opioides **0%** de coaseguro

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Evaluaciones periódicas • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
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 copago Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare **$0** de copago Servicios de rayos X cubiertos por Medicare

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.	**$0** de copago
• Otras pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios.	Servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare **$0** de copago
Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico: Pruebas de laboratorio y procedimientos necesarios relacionados con la producción de un certificado de salud no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.	Servicios de radiología diagnóstica cubiertos por Medicare **$0** de copago Servicios de sangre cubiertos por Medicare **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Suplidos médicos cubiertos por Medicare **20%** de coaseguro
Observación para pacientes ambulatorios en el hospital Los servicios de observación son servicios ambulatorios en el hospital que determinan si usted necesita ser admitido al hospital o si puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios de observación para pacientes ambulatorios en el hospital, los mismos tienen que cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación son cubiertos solo cuando son provistos por orden de un médico o de algún	Observación para pacientes ambulatorios en el hospital cubierta por Medicare **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
otro individuo autorizados y licenciado 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 pregunhtarle 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 -	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
¡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 llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas, los 7 días de la semana. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Servicios ambulatorios en el hospital Cubrimos servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:	Servicios cubiertos por Medicare en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios **$0** de copago por visita

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Servicios en un departamento de emergencias o una clínica ambulatoria, incluyendo servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico 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 no se pueden autoadministrar.	<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 del hospital y en centros de cirugía

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	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. Cuidado de salud mental y

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
(1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis, las 24 horas, los 7 días de la semana. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	hospitalización parcial Favor hacer referencia a las secciones “Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios” y “Servicios de hospitalización parcial” en esta tabla. Cuidado para la dependencia de sustancias químicas Favor hacer referencia a la sección “Servicios ambulatorios contra el abuso

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	de sustancias" en esta tabla. Medicamentos que no puede autoadministrarse Favor hacer referencia a la sección "Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare" en esta tabla.
Cuidado de salud mental ambulatorio 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	Servicios de salud mental ambulatorios cubiertos por Medicare: Visitas al psiquiatra:

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
especializado, asistente médico u otro profesional de cuidado de salud mental cualificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.	**$0** de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare
<u>Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:</u> Todos los servicios ambulatorios relacionados con la salud mental y de emergencia e intervención en crisis, veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana, no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado. • **Requiere referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	**$0** de copago por cada sesión de terapia grupal cubierta por Medicare <u>Visitas a otros especialistas:</u> **$0** de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	$0 de copago por cada sesión de terapia grupal cubierta por Medicare
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). • **Se requiere referido de su PCP para terapia ocupacional.**	Servicios de terapia ocupacional cubiertos por Medicare **$0** de copago Servicios de terapia física o del habla y/o lenguaje cubiertos por Medicare **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Servicios ambulatorios contra el abuso de sustancias El plan cubre visitas individuales y grupales para tratamiento contra el abuso de sustancias. Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico: La cubierta comienza el primer día en que tanto la cubierta de Medicare y el *wrap around* de Platino apliquen para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan Medicare Advantage y que están incluidos como servicios cubiertos por Medicaid. Acceso a habitación semi-privada (cama disponible las veinticuatro (24) horas del día), todos los días naturales del año.	Visita individual para servicios ambulatorios contra el abuso de sustancias cubiertos por Medicare **$0** de copago Visita grupal para servicios ambulatorios contra el abuso de sustancias cubiertos por Medicare **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Se requiere referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
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 ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido para servicios de cirugía ambulatoria. Aun si permanece durante la noche, todavía se le puede considerar como un paciente "ambulatorio".	Servicios en centros de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare **$0** de copago Servicios en instalaciones ambulatorias cubiertos por Medicare **$0** de copago Servicios de observación cubiertos por Medicare

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico: Servicios médicos y quirúrgicos no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado. Esterilización voluntaria de hombres y mujeres mayores de edad y en su sano juicio, siempre que hayan sido previamente informados sobre las implicaciones de estos procedimientos médicos y que haya evidencia del consentimiento por escrito del afiliado mediante el Formulario de Consentimiento de Esterilización. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	**$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 recibirá en la oficina de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización. Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico: La cubierta comienza el primer día en que tanto la cubierta de Medicare y del *wrap around* de Platino apliquen para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan Medicare Advantage y que están incluidos como servicios cubiertos por Medicaid. Acceso a habitación semi-privada (cama disponible las	Servicios de hospitalización parcial **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
veinticuatro (24) horas del día), todos los días naturales del año. • **Se requiere referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	

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. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico los ordena para ver si usted necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluyendo servicios ofrecidos por Especialistas en las Clínicas Multi-Especialidad o 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	<u>Servicios de proveedor de cuidado primario</u> **$0** de copago por visita <u>Servicios de especialistas</u> **$0** de copago por cada visita a especialistas por visita <u>Servicios de otros profesionales de la salud</u> **$0** de copago por visita <u>Servicios de médicos por maternidad</u> **$0** de copago por visita

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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. • 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	Servicios adicionales de telesalud disponibles en las Clínicas Multi-Especialidad: **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Consulta virtual de 5-10 minutos (por ejemplo, mediante teléfono o video-llamada/chat) con su médico **si**: ○ Usted no es un paciente nuevo **y** ○ La consulta no está relacionada con una visita al consultorio ocurrida 7 días antes **y** ○ La consulta no conduce a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita que más pronto esté disponible • Evaluación de un vídeo y/o imágenes que usted le envía a su médico incluyendo la interpretación y el seguimiento de su médico dentro de las 24 horas siguientes **si**:	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
○ Usted no es paciente nuevo **y** ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio ocurrida 7 días antes **y** ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 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. • 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	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación contra cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos de ser provistos por un médico). <u>Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:</u> Servicios de maternidad no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado. Los abortos se cubren si el embarazo es resultado de violación o incesto, según certificado por un médico. Daños severos y de larga duración pudieran ser causados a la madre si el embarazo se lleva a término según certificado por un médico.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• **Referidos para algunos servicios pueden aplicar.** • **Reglas de autorización pueden aplicar a servicios brindados por otros profesionales de la salud.**	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo de martillo o espolón en el talón). • Cuidado rutinario de los pies para los afiliadoscon algunas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores. **Servicios de podiatría – Suplementarios** Además, usted es elegible para: • Seis **(6)** visitas suplementarias para servicios podiátricos por año. • **Se requiere referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Servicios de podiatría cubiertos por Medicare **$0** de copago por visita Servicios de podiatría suplementarios **$0** de copago por visita

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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. • Prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés). • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	No se requiere coaseguro, copago ni deducible por la prueba de PSA anual. Examen rectal digital anual **$0** de copago
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 artificales y prótesis mamarias (incluyendo un sostén	Aparatos prostéticos cubiertos por Medicare **20%** de coaseguro Suplidos médicos

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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.**	cubiertos por Medicare **20%** de coaseguro

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación pulmonar Los 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 **$0** de copago
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 alcohol, pero que no son dependientes del alcohol.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de diagnóstico y consejería para

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Si da positivo al uso indebido del alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones breves de consejería en persona por año (si está competente y alerta durante la consejería), provistas por un profesional o médico primario cualificado en un centro de atención primaria. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	reducir el consumo excesivo de alcohol cubierto por Medicare.
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	No se requiere coaseguro, copago ni deducible por la visita de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 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)	para la LDCT cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 vsiitas. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Examen de detección de infecciones transmitidas sexualmente (ITS) y consejería para prevenir las ITS 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	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección de ITS y consejería de ITS cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
ordenados por un médico primario. Cubriremos 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 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.**	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar 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 decidiones informadas sobre su cuidado. Para afiliados con enfermedad renal crónica en Etapa IV cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones, de por vida, de servicios educativos sobre la enfermedad renal. • 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	Servicios de educación sobre enfermedades renales **$0** de copago Servicios de diálisis Diálisis Peritoneal **0%** de coaseguro Otros servicios de diálisis **0%** de coaseguro

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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. • 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 suministro de agua). Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cubierta de medicamentos de	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
la Parte B, consulte la sección "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare". • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Cuidado en Centros de Enfermería Especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "Cuidado en Centros de Enfermería Especializada". 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 semiprivada (o privada si es médicamente necesario).	Su costo compartido aplica el día de la admisión. <u>Cuidado en centros de enfermería esoecializada</u> **$0** de copago por admission o estadía

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Comidas, incluyendo dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se le administren como parte de su plan de cuidado (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, tales como factores de acoagulación 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	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suplidos médicos y quirúrgicos provistos normalmente por los SNFs. • Pruebas de laboratorio provistas normalmente por los SNF. • Rayos X y otros servicios de radiología provistos normalmente por los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, provistos normalmente por los SNF. • 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.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro con atención continua en la que usted vivía antes de u rak hospital (siempre y cuando esta brinde cuidade de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted sale del hospital. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
🍎 **Cesación de fumar y de consumo de tabaco (consejería para dejar de fumar o 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 se requiere coaseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos de cesación de fumar y consumo de tabaco

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 de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas en persona. **Cesacion de fumar y de consumo de tabaco (consejería para dejar de fumar o de consumir tabaco) – Suplementario** Además, usted es elegible para: • Hasta nueve **(9)** sesiones adicionales de consejería para dejar de fumar o de consumir tabaco.	cubiertos por Medicare. Servicios suplementarios de consejería para la cesación de fumar y de consumo de tabaco **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
<u>Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:</u> Servicios para dejar de fumar no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado. Los medicamentos para dejar de fumar están cubiertos para individuos menores de 21 años y mujeres embarazadas cuando sean médicamente necesarios y recetados por un médico. En estos casos, el plan cubre ayudas, con y sin receta, según indicadas por un médico. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Beneficios Suplementarios Especiales para Afiliados con Enfermedades Crónicas **Por lo general, 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 autoinmunes limitados a: poliarteritis nodosa, polimialgia reumática, polimiositis, artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico; Cáncer, excluyendo afecciones 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;*	Beneficios Suplementarios Especiales para Afiliados con Enfermedades Crónicas **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 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,	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 eligible para: • Una tarjeta de débito con una cantidad de **$225** mensuales. Podrá utilizar la MMM Flexi Card para los siguientes servicios: - Comida preparada - Alimentos y provisiones - Gasolina - Productos de limpieza - Entretenimiento (conciertos / teatro / películas, etc.) - Utilidades - Artículos OTC adicionales - Terapias alternativas (solo artículos de medicina homeopática / natural)	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
- 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 Usted es elegible para: • Hasta ocho **(8)** eventos individuales al año para servicios de asistencia en carretera, que incluye lo siguiente:	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
○ Cambio de goma – Se ofrecerá servicio de remolque en caso de que no tenga una goma de respuesta. ○ Carga de batería – Se ofrecerá servicio de remolque en caso de que el vehículo no encienda después de cargar la batería. ○ Cerrajería ○ Suplido de gasolina – Hasta dos **(2)** galones. ○ Servicios de remolque – Cubierto en caso de avería mecánica o accidente que impida al vehículo moverse, se le enviará un servicio de remolque, hasta un máximo de $200 por evento (40 millas). ○ 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	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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: o Cerrajería – Cubierto en las situaciones en las que no puede acceder el interior de su residencia desde el exterior. (Excluye: reparación y/o reposicionamiento de cerraduras de puertas y las puertas que impidan acceso a las partes internas de la residencia, como, entre otros, armarios o puertas de gabinetes). o Plomería – Cubierto cuando ocurre una avería dentro de las instalaciones fijas de	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 de las residencias. Cualquier desglose derivado de la humedad, filtración o impermeabilización impropia también serán excluidas del presente acuerdo, así como	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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, lavadoras, secadoras, refrigeradores o cualquier reparación relacionada con áreas comunes o locales que sean propiedad de la	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 el hogar incluye el costo de materiales, transporte y mano de obra. El afiliado cubrirá cualquier monto que exceda el límite máximo del plan.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 enfermedad arterial periférica sintomática (PAD, por sus siglas en inglés) y que tienen un referido para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. Se cubren hasta 36 sesiones, durante un período de 12 semanas, si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa de SET tiene que: • Consistir en sesiones que duren entre 30 a 60 minutos, que	Terapia de Ejercicio Supervisado (SET, por sus siglas en inglés) cubierto por Medicare **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
incluyan un programa de adiestrameinto terapéutico de ejercicios para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en una instalación ambulatoria del hospital o en la oficina del médico. • Ser provistas por personal auxiliar calificado y adiestrado en terapias de ejercicio para PAD para asegurar que los beneficios superen los daños. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o un enfermero especializado/enfermero especialista clínico quienes deben estar adiestrados en técnicas básicas y avanzadas de apoyo vital. SET puede estar cubierto por más de 36 sesiones durante 12 semanas, para un total de 36 sesiones adicionales, durante un período extendido de	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
tiempo si un proveedor de salud lo considera médicamente necesario. • **Requiere referido de su PCP** • **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 urgencias Servicios suplementarios de urgencia - mundiales **$75** de copago por visitas para cuidados de urgencias

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Este plan incluye beneficio suplementariopara visitas de cuidado de emergencia / urgencia mundial, con un límite máximo 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 personas con antecedentes	Servicios de visión cubiertos por Medicare: Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades **$0** de copago Prueba de Glaucoma **$0** de copago Espejuelos o lentes de

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 un 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). Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:	contacto luego de una cirugía de cataratas **$0** de copago

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de visión no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado. Espejuelos o lentes para beneficiarios entre las edades de 0 a 20 años se cubrirán cuando sean **médicamente necesarios**, el beneficio de espejuelos y lentes consta de un lente sencillo o multifocal y una montura de espejuelos estándar cada 24 meses. Todos los tipos de lentes tienen que ser previamente autorizados, excepto lentes intraoculares. Se cubrirá la reparación y reemplazo de espejuelos durante 24 meses cuando sea médicamente necesario y sea aprobado previamente mediante preautorización. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" El plan cubre una sola visita preventiva de "Bienvenida a Medicare". La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y consejería sobre los servicios preventivos que necesita (incluyendo algunas pruebas diagnósticas y vacunas), y referidos para otro tipo de cuidado si es necesario. **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 prograjmar su visita preventiva de "Bienevenida a Medicare". • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la visita de prevención "Bienvenido a Medicare".

Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
Servicios de Hospitalización	Admisiones: • Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$4.00 • Código de Cubierta 120-$5.00 • Código de Cubierta 130-$8.00 Neonatal: • Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$0 • Código de Cubierta 120-$0 • Código de Cubierta 130-$0 ➢ La cubierta comienza el primer día en que la	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	cubierta de Medicare y la cubierta del *wrap around* de Platino apliquen para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización Medicare Advantage, pero incluido como un servicio cubierto por Medicaid. Acceso a habitación semi-privada (cama disponible las veinticuatro (24) horas del día) todos los días naturales del año. ➢ Cubierta incluye: o Sala de aislamiento por razones médicas o Diagnóstico y tratamiento especializado tales como electrocardiografías, electroencefalografías, gases arteriales y otras pruebas de diagnóstico y/o	

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	tratamiento especializadas que están disponibles en instalaciones hospitalarias y que tienen que realizarse mientras el paciente está hospitalizado. ○ Servicios de rehabilitación a corto plazo: Para pacientes hospitalizados, incluyendo terapia fisica, ocupacional y del habla. ➢ Sangre: sangre, plasma y sus derivados, sin limitaciones, incluyendo sangre irradiada y autóloga, Factor IX monoclonal por autorización de un hematólogo certificado; Factor antihemofílico con concentración de pureza intermedia (Factor VIII) A; Factor de tipo monoclonal	

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	antihemofílico por autorización de un hematólogo certificado y complejo de activación de protrombina (Auto flex y Feiba) por autorización de un hematólogo certificado.	
Hospitalización por Condiciones Mentales	Admisiones: • Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$4.00 • Código de Cubierta 120-$5.00 • Código de Cubierta 130-$8.00 ➢ La cubierta comienza el primer día en que la cubierta de Medicare y la cubierta del *wrap around* de Platino apliquen para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización *Medicare*	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	Advantage, pero incluido como un servicio cubierto por Medicaid. Acceso a habitación semi-privada (cama disponible las veinticuatro (24) horas del día), todos los días naturales del año.	
Hospitalización por Trastorno por Uso de Sustancias	Admisiones: • Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$4.00 • Código de Cubierta 120-$5.00 • Código de Cubierta 130-$8.00 ➢ La cubierta comienza el primer día en que la cubierta de Medicare y la cubierta del *wrap around* de Platino apliquen para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización *Medicare Advantage*, pero incluido	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	como un servicio cubierto por Medicaid. Acceso a habitación semi-privada (cama disponible veinticuatro las (24) horas del día), todos los días naturales del año.	
Laboratorio y Laboratorios de Alta Tecnología	Laboratorios clínicos y de alta tecnología** • Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$0.50 • Código de Cubierta 120-$1.00 • Código de Cubierta 130-$1.50 **Aplica a pruebas diagnósticas solamente. Copagos no aplican a pruebas requeridas como parte de un servicio preventivo. ➢ Pruebas de laboratorio y procedimentos necesarios relacionados con la	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	producción de un certificado de salud no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan de Salud del Gobierno / Estado.	
EPSDT- Menor de 21 años	• Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 ➢ Los requisitos de EPSDT no están cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan del Estado.	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	➢ Chequeos de EPSDT deben incluir todo lo siguiente: o Historial completo de salud y desarrollo; Evaluación del desarrollo, incluyendo desarrollo mental, emocional y del comportamiento de la salud conductual; Medidas (incluyendo circunferencia de la cabeza a los infantes); Evaluación del estado nutricional; Un examen físico completo sin ropa; Vacunas de acuerdo con las directrices emitidas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés), (las vacunas, en sí, son provistas y pagadas por el	

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	Departamento de Salud para personas elegibles a Medicaid y CHIP). Algunas pruebas de laboratorio; Orientación preventiva y educación en salud; Examen de la vista; Tuberculosis; Prueba de audición, y Evaluación dental y oral. (Debe hacer referencia a las guías de CMS para EPSDT y a la política correspondiente de ASES).	
Servicios de Sala de Emergencias (ER)	Visitas a la Sala de Emergencias • Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$0 • Código de Cubierta 120-$0	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	• Código de Cubierta 130-$0 Servicios de No-Emergencia provistos en una Sala de Emergencias de un hospital, por visita • Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$4 • Código de Cubierta 120-$5 • Código de Cubierta 130-$8 Servicios de No-Emergencia provistos en una Sala de Emergencias independiente, por visita • Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$2 • Código de Cubierta 120-$3 • Código de Cubierta 130-$4	

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	Trauma • Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$0 • Código de Cubierta 120-$0 • Código de Cubierta 130-$0	
Servicios Ambulatorios para Trastorno por Uso de Sustancias	• Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$1.00 • Código de Cubierta 120-$1.50 • Código de Cubierta 130-$2.00 ➢ La cubierta comienza el primer día en que la cubierta de Medicare y la cubierta del *wrap around* de Platino apliquen para cualquier beneficio no cubierto por los beneficios suplementarios del plan de la Organización *Medicare*	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	Advantage, pero incluido como un servicio cubierto por Medicaid. Acceso a habitación semi-privada (cama disponible veinticuatro las (24) horas de día), todos los días naturales del año.	
Servicios Ambulatorios de Salud Mental y Servicios Profesionales	• Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $1.00 • Código de Cubierta 120- $1.50 • Código de Cubierta 130- $2.00 ➢ Todos los servicios ambulatorios relacionados con la salud mental y emergencias e intervención en crisis, las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan del Estado.	
Visitas Ambulatorias a:	Médico Primario (PCP), Especialista, Subespecialista • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $1 • Código de Cubierta 120- $1.50 • Código de Cubierta 130- $2.00 Servicios Pre-Natales • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Dejar de Fumar	• Código de Cubierta 100- $0	$0 por beneficio cubierto por el

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	• Código de Cubierta 110-$0 • Código de Cubierta 120-$0 • Código de Cubierta 130-$0 ➢ Servicios para dejar de fumar no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan del Estado. ➢ Los medicamentos para dejar de fumar están cubiertos para individuos menores de 21 años y mujeres embarazadas cuando sean médicamente necesarios y recetados por un médico. En estos casos, el plan cubre ayudas, con y sin receta, según indicadas por un médico.	Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Servicios de Maternidad	• Código de Cubierta 100-$0	$0 por beneficio

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	• Código de Cubierta 110-$0 • Código de Cubierta 120-$0 • Código de Cubierta 130-$0 Servicios de maternidad no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan del Estado. ➢ Los abortos se cubren si el embarazo es resultado de violación o incesto, según certificado por un médico. ➢ Daños severos y de larga duración pudieran ser causados a la madre si el embarazo se lleva a término según certificado por un médico. ➢ Servicios prenatales	cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
Médico y Quirúrgico	• Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $1.00 • Código de Cubierta 120- $1.50 • Código de Cubierta 130- $2.00 ➢ Servicios Médicos y Quirúrgicos no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan del Estado. ➢ Esterilización voluntaria de hombres y mujeres mayores de edad y en su sano juicio, siempre que hayan sido previamente informados sobre las implicaciones de estos procedimientos médicos y que haya evidencia del consentimiento por escrito del afiliado al haber	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	completado el Formulario de Consentimiento de Esterilización. ➢ Cirugía Ambulatoria	
Servicios de Visión	• Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $1.00 • Código de Cubierta 120- $1.50 • Código de Cubierta 130- $2.00 ➢ Servicios de visión no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan del Estado. ➢ Espejuelos o lentes para beneficiarios entre las edades de 0 a 20 años se cubrirán cuando sean **médicamente necesarios**, el beneficio	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	de espejuelos y lentes consta de un lente sencillo o multifocal y una montura de espejuelos estándar cada 24 meses. Todos los tipos de lentes tienen que ser previamente autorizados, excepto lentes intraoculares. Se cubrirá la reparación o reemplazo de espejuelos durante 24 meses cuando sea médicamente necesario y sea aprobado previamente mediante preautorización.	
Exámenes de Audición	• Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $1.00 • Código de Cubierta 120- $1.50 • Código de Cubierta 130- $2.00 ➢ Servicios de audición no cubiertos por Medicare	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	y/o por los beneficios suplementarios de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan del Estado. ➢ Aparatos auditivos para beneficiarios mayores de 20 años están excluidos de la cubierta. Refiérase a EPSDT para los servicios de audición cubiertos.	
Terapia Física, Ocupacional y del Habla	• Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $1.00 • Código de Cubierta 120- $1.50 • Código de Cubierta 130- $2.00 ➢ Cubierta sin límites bajo la Parte B de Medicare (seguro médico). No aplica dentro de la cubierta del *wrap around.*	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
Medicamentos Recetados*	**Preferidos (Niños (0-20)) (inclusive)** • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 **Preferidos (Adultos)**** • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $1.00 • Código de Cubierta 120- $2.00 • Código de Cubierta 130- $3.00 **No-Preferidos (Niños (0-20)) (inclusive)** • Código de Cubierta 100- $0	Medicamentos Cubiertos - $0 copago por un suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico - $0 de copago por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	• Código de Cubierta 110-$0 • Código de Cubierta 120-$0 • Código de Cubierta 130-$0 **No-Preferidos (Adultos)****** • Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$3.00 • Código de Cubierta 120-$4.00 • Código de Cubierta 130-$6.00 **Abuso de sustancias ambulatorio** • Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$0 • Código de Cubierta 120-$0	

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	• Código de Cubierta 130-$0 ***Los copagos aplican a cada medicamento incluido en la misma receta. ****Los copagos no aplican a niños de 0 a 20 años de edad inscritos en Medicaid, personas médico-indigentes según el Estado* y niños de 0 a 20 años de edad inscritos en el Programa de Seguro Médico para Niños* (CHIP, por sus siglas en inglés) - en grupos de edad de 0 a 20. ➢ Medicamentos recetados no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan del Estado. ➢ Cualquier costo compartido no incluido dentro del diseño del	

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	beneficio de la Organización Medicare Advantage, según aprobado por CMS, incluyendo deducibles, coaseguros o brecha de cubierta que exceda el Plan del Estado. ➢ El medicamento tiene que estar incluido en el formulario del Plan de Salud del Gobierno y tiene que estar sujeto a las revisiones aplicables según lo establece el Formulario de Medicamentos Cubiertos del Plan de Salud del Gobierno. También tiene que cumplir con lo siguiente: o El beneficio de farmacia para todos los planes *Medicare Advantage* proveerá un año completo de cubierta en	

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	su Formulario de Medicamentos de la Parte D aprobado por CMS, y estar sujeto a los copagos establecidos en la cubierta Platino como el único pago de bolsillo. ○ Los medicamentos que no están incluidos en el Formulario de Medicamentos de la Parte D del plan *Medicare Advantage* están sujetos al proceso de excepción para la posible aprobación de un medicamento no cubierto. Si se sostiene la denegación durante el proceso de excepción por parte de la Organización *Medicare Advantage,* incluyendo el proceso de apelación, pero el medicamento está cubierto por el Formulario del Plan de	

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	Salud del Gobierno, el medicamento será cubierto por el *wrap around*. El médico tiene que agotar las opciones disponibles en el formulario del plan *Medicare Advantage* en la categoría de medicamento necesaria. ○ Para que se consideren los medicamentos del "*wrap around*", estos tienen que ser parte del Formulario del Plan de Salud del Gobierno. Todos los Formularios de medicamentos de las Organizaciones *Medicare Advantage* deben tener las mismas clases terapéuticas que el Formulario del Plan de Salud del Gobierno.	
Servicios Dentales Preventivos y Restaurativos	**Preventivo (Niño)** • Código de Cubierta 100-$0	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	• Código de Cubierta 110-$0 • Código de Cubierta 120-$0 • Código de Cubierta 130-$0 **Preventivo (Adulto)** • Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$1.00 • Código de Cubierta 120-$1.50 • Código de Cubierta 130-$2.00 **Restaurativo** • Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$1.00 • Código de Cubierta 120-$1.50 • Código de Cubierta 130-$2.00 ➢ Servicios dentales no cubiertos por Medicare	del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	y/o por los beneficios suplementarios de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan del Estado. ➢ Los siguientes beneficios están cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno: • Todos los servicios preventivos y correctivos para niños menores de veintiún (21) años, según ordenados por los requisitos de EPSDT; • Terapia Pediátrica de la Pulpa (pulpotomía) para niños menores de veintiún (21) años de edad; • Coronas de acero inoxidable para uso en dientes primarios después de una pulpotomía pediátrica;	

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	• Servicios dentales preventivos para adultos; • Servicios dentales restaurativos para adultos; • Un (1) examen oral completo al año; • Un (1) examen periódico cada seis (6) meses; • Un (1) examen oral limitado a un problema definido; • Una (1) serie completa de radiografías intraorales, incluyendo de la mordida, cada tres (3) años; • Una (1) radiografía inicial intraoral/periapical; • Hasta cinco (5) radiografías intraorales/periapicales adicionales por año;	

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	• Una (1) radiografía sencilla de mordida al año; • Una (1) radiografía doble de mordida al año; • Una (1) radiografía panorámica cada tres (3) años; • Una (1) limpieza para adulto cada seis (6) meses; • Una (1) limpieza para niño cada seis (6) meses; • Una (1) aplicación tópica de fluoruro cada seis (6) meses para Afiliados menores de diecinueve (19) años de edad; • Selladores de fisura, de por vida, para Afiliados hasta los catorce (14) años de edad, incluyendo molares deciduos	

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	hasta ocho los (8) años de edad, cuando sea médicamente necesario debido a tendencia a caries; • Restauración en amalgama; • Restauraciones en resina; • Endodoncia (root canal); • Tratamiento paliativo; y • Cirugía oral	
Servicios Preventivos	• Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$0 • Código de Cubierta 120-$0 • Código de Cubierta 130-$0 ➢ Servicios de vacunación no cubiertos por: 1. Parte B de Medicare	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	2. Formulario de la Parte D de la Organización *Medicare Advantage* 3. Beneficios suplementarios del plan de la Organización *Medicare Advantage* 4. No cubiertos por el Programa de Vacunaciones del Departamento de Salud de Puerto Rico, pero incluidos en el Plan del Estado ➢ Vacunas	
Planificación Familiar	• Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$0 • Código de Cubierta 120-$0 • Código de Cubierta 130-$0	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	➢ Servicios de Planificación Familiar no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan del Estado. ➢ Los beneficios de Medicaid de Puerto Rico proporcionan servicios de salud reproductiva y asesoramiento sobre planificación familiar. Estos servicios deben brindarse de manera voluntaria y confidencial, incluyendo los casos en que el beneficiario sea menor de dieciocho (18) años de edad. Los servicios de planificación familiar incluirán, como mínimo, los siguientes: educación y orientación; prueba de embarazo; evaluación para diagnosticar infertilidad; servicios de esterilización de acuerdo con 42 CFR	

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	441.200 subparte F; servicios de laboratorio; costo de inserción/remoción de productos no orales, tales como anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC); al menos uno de cada clase y categoría de anticonceptivos aprobados por la FDA; al menos uno de cada clase y categoría de métodos anticonceptivos aprobados por la FDA; y otros medicamentos o métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, cuando sean Médicamente Necesarios y aprobados mediante Preautorización o por medio de un proceso de excepción y que el Proveedor que lo receta pueda demostrar al menos	

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	una de las siguientes situaciones: - Contraindicación con medicamentos que el Afiliado ya está tomando, y no hay otros métodos cubiertos/disponibles que puedan ser utilizados por el Afiliado. - Historial de reacción adversa por parte del Afiliado a los métodos anticonceptivos cubiertos. - Historial de reacción adversa por parte del Afiliado a los medicamentos anticonceptivos que están cubiertos.	
Otros Servicios	Rayos X** • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0.50	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	• Código de Cubierta 120-$1.00 • Código de Cubierta 130-$1.50 Pruebas Diagnósticas Especiales ** • Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$1.00 • Código de Cubierta 120-$1.50 • Código de Cubierta 130-$2.00 Terapia Respiratoria • Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$1.00 • Código de Cubierta 120-$1.50 • Código de Cubierta 130-$2.00 Cuidado Infantil Saludable	de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	• Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$0 • Código de Cubierta 120-$0 • Código de Cubierta 130-$0 Examen Físico • Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$1.00 • Código de Cubierta 120-$1.50 • Código de Cubierta 130-$2.00 Cubierta Especial • Código de Cubierta 100-$0 • Código de Cubierta 110-$1.00 • Código de Cubierta 120-$1.50	

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	MMM Bono Platino
	• Código de Cubierta 130-$2.00 ** Solo aplica a pruebas diagnósticas. El copago no aplica a pruebas requeridas como parte de un servicio preventivo.	

[1]Medicare Platino no puede establecer copagos más altos a los especificados en las tablas del "*Wrap Around*".

Los servicios en el "*Wrap*" Platino están sujetos a los copagos máximos en la tabla con excepciones y cero copagos para beneficiarios de Medicaid / CHIP y algunos servicios, a continuación:

Beneficiarios de Medicaid / CHIP

- Niños desde 0 a menos de 21 años de edad;
- Mujeres embarazadas (durante el embarazo y el periodo de 60 días posparto);
- Los nativos americanos y nativos de Alaska (AI/AN);
- Las personas hospitalizadas; y
- Las personas que reciben cuidados de hospicio.

Servicios

- Servicios de emergencia, incluyendo servicios ambulatorios, de hospital y servicios de posestabilización, según definidos en las regulaciones federales 1932 (b)(2) del Acta y 42 CFR 438.114 (a);
- Servicios de planificación familiar y suministros;
- Servicios preventivos provistos a niños menores de 18 años de edad;
- Servicios relacionados con el embarazo y medicamentos para dejar de fumar;
- Servicios preventivos ofrecidos por el proveedor como se definen en 42 CFR 447.26 (b); y
- Visita no de emergencia a la sala de emergencias de un hospital puede eximirse del pago llamando al centro de llamadas del MCO para recibir un código que le exima del copago.

La tabla del "*Wrap around*" está sujeta a cambios en 01/01/2022.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de MMM Bono Platino?

Sección 3.1 Servicios no cubiertos por MMM Bono Platino

Los siguientes servicios no están incluidos en la cubierta *wrap around* de Medicaid, pero son provistos por el Departamento de Salud.

1. Vacunas para niños de 0 a 20 años de edad*

- Hepatitis B
- Rotavirus (RV)
- DTaP (difteria, tétanos, tos ferina)
- Hib (Vacuna conjugada Hib)
- PCV13 Y PPSV23 (Vacunas antineumocócicas)
- Polio (IPV)
- Vacunas contra la influenza (Virus atenuado LAIV o la IIV)**
- MMR (sarampión, paperas y rubéola)
- Varicela (VAR)
- Hepatitis A
- Vacunas Antimeningocócicas - HIb-MenCY [MenHibrix], MenACWY-D [Menactra], MenACWY-CRM (Menveo) MenB (Meningococos serogrupo B Men B -4C [Bexserol] y Men B- FHbp [Trumenba]
- Tdap

- Virus Papiloma Humano (VPH)

2. Vacunas para adultos desde 21***:

- Influenza**
- Td / Tdap (tétanos, difteria, tos ferina)
- Varicela
- VPH (Virus Papiloma Humano)
- Zoster
- MMR (sarampión, paperas y rubéola)
- Neumococo Polisacárido (PPSV23)
- Neumococo 13 - Conjugada (PCV13)
- Meningococo
- Hepatitis A
- Hepatitis B

3. Vacuna COVID-19: no se incluye en el *wrap around* de Medicaid, pero es proporcionada por el Departamento de Salud (DOH). MAO debe seguir las instrucciones proporcionadas por CMS.

*La Organización *Medicare Advantage* debe consultar los documentos de política pública sobre las guías de vacunación e inmunización detalladas recomendadas.

**Ver vacuna contra la Influenza recomendada 2017-2018.

***Vacunación recomendada para adultos que cumplen con los requisitos de edad, que no tengan documentación de vacunación, o falta de evidencia de infección pasada.

Vacunación recomendada para adultos con algún factor de riesgo adicional u otra indicación.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan

Esta sección le informa sobre los tipos de servicios que son excluidos". Excluidos significa que el plan no cubre estos servicios.

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.

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 excpeción: 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 6.3 en este folleto).

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura		✓ Cubierto para dolor crónico en la parte baja de la espalda.
Cirugía o procedimientos cosméticos.		✓ Cubierto en casos para tratar lesiones accidentales o para mejorar el funcionamiento de una parte desfigurada del cuerpo. Cubierto en todas las etapas de reconstrucción del seno luego de una mastectomía, al igual que en el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.

El cuidado de custodia es cuidado provisto en un hogar de envejecientes, hospicio o alguna otra instalación cuando no requiere cuidado médico especializado o 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.	✓	
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.	✓	
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.	✓	
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.		✓ Salvo que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte de pierna

		o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en su habitación o centro de enfermería especializada, como teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en el hospital.		✓ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Procedimientos para revertir la esterilización y métodos anticonceptivos no recetados	✓	
Espejuelos, queratotomía, Cirugía LASIK y otros aparatos de ayuda para poca visión.		✓ Examen visual y un par de espejuelos (o lentes de contacto) están cubiertos luego de

		la cirugía de cataratas.
Aparatos auditivos o exámenes para el ajuste de aparatos auditivos.	✓	
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 de pie diabético.

CAPÍTULO 5

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

Capítulo 5. Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 302

Sección 1.1 En este capítulo se describe su cubierta para medicamentos de la Parte D 302

Sección 1.2 Reglas básicas para la cubierta de medicamentos de la Parte D 304

SECCIÓN 2 Obtenga su receta en una farmacia en la red o a través del servicio de envío por correo de nuestro plan.....305

Sección 2.1 Utilice una farmacia en la red para que su receta sea cubierta 305

Sección 2.2 Localizando las farmacias de la red 306

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan.....308

Sección 2.4 Cómo puedo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....311

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté en la red del plan? 312

SECCIÓN 3 Sus medicamentos tienen que estar en la "Lista de Medicamentos" del plan..314

Sección 3.1 La "Lista de Medicamentos" le indica cuáles medicamentos de la Parte D están cubiertos.....314

Sección 3.2 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos? 316

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cubierta para algunos medicamentos.....316

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 316

Sección 4.2 ¿Qué clases de restricciones? 318

Sección 4.3 ¿Aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos? 320

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de los medicamentos no está cubierto del modo en que le gustaría que lo estuviera? 321

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto del modo en que le gustaría que lo estuviera.....321

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? 322

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si cambia la cubierta para uno de sus medicamentos? 326

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año.....326

Sección 6.2 ¿Qué pasa si cambia la cubierta para un medicamento que está tomando? 327

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?.....332

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos.....332

SECCIÓN 8 Presente su tarjeta de afiliado cuando le despachen una receta 334

Sección 8.1 Presente su tarjeta de afiliado 334

Sección 8.2 ¿Qué pasa si no tiene su tarjeta de afiliado a la mano? 335

SECCIÓN 9 Cubierta de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 335

Sección 9.1 ¿Qué pasa si está en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan? 335

Sección 9.2 ¿Qué pasa si es residente de una institución de cuidado prolongado (LTC, por sus siglas en inglés)? 336

Sección 9.3 ¿Qué pasa si usted está en un hospicio certificado por Medicare? 337

SECCIÓN 10 Programas para la administración y uso seguro de medicamentos 339

Sección 10.1 Programas que ayudan a los afiliados a utilizar los medicamentos de manera segura.....339

Sección 10.2 Programa de Manejo de Medicamentos para ayudar a los afiliados a utilizar medicamentos opioides de forma segura.....340

Sección 10.3 Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés) para ayudar a los afiliados a manejar sus medicamentos.....342

¿Cómo puede obtener información sobre sus costos de medicamentos si está recibiendo "Ayuda Adicional" con los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

La mayoría de nuestros afiliados cualifican y ya reciben "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si está en el programa de "Ayuda Adicional", **puede que alguna información en esta *Evidencia de Cubierta* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no le aplique.**

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 En este capítulo se 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, MMM Bono Platino también cubre algunos medicamentos según 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 le corresponde pagar)* 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 9.3 (¿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 le corresponde pagar).*

Las siguientes secciones 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.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados le serán cubiertos por sus beneficios de Medicaid. La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos de Medicaid cubiertos por nuestro plan. Para información sobre la cubierta de Medicaid, por favor, refiérase a los servicios cubiertos bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico incluidos en el Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para la cubierta de medicamentos de la Parte D

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando 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 en la red o a través del servicio de envío por correo de nuestro plan

Sección 2.1 Utilice una farmacia en 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 utilizado 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 Cómo utilizar los servicios de pedido 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 **suministro 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 Carfemark* 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 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 counicarse 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 puedo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

El plan le ofrece dos maneras para obtener suplidos a largo plazo de medicamentos de “mantenimiento” (También conocido como “suministro extendido”) que estén en la 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 suministro 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 suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de Proveedores y Farmacias* le indica cuáles farmacias dentro de nuestra red pueden despacharle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al Afiliado para r 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 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 suministro 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 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 farkmacia 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" del plan

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). Además de los medicamentos que cubre Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos de Medicaid cubiertos por nuestro plan.

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:

- 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 ¿Cómo puede saber si un medicamento 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. Visita 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, existen reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan las 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 general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que cubramos su medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cubierta para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en no aplicar la restricción en su caso. (Vea el Capítulo 9, Sección 7.2 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 hace que usted trate de utilizar 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 no le da ningún resultado, 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, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros 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 7.2 para información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de los 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 sea beneficiosa para usted. Pero, es posible que pueda haber un medicamento recetado que ya esté 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 podrían 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.

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

- Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué 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 está restringido, esto es lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporero del medicamento (solo los afiliados en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporero). De este modo, usted y su proveedor tendrán tiempo para cambiarlo por otro medicamento o presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que quite las restricciones del este.

Puede obtener un suministro temporero

En circunstancias específicas, el plan le debe ofrecer un suministro 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 suministro temporero, tiene que cumplir con los dos requisitos a continuación:

1. El cambio a su cubierta para medicamentos debe ser de 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 tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 4 de este capítulo se explican 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 suministro temporero de su medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación en el 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 suministro temporarero será por un máximo de 30 días. Si su

receta está hecha para menos días, permitiremos que realice 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 suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está hecha para menos días. Esto es adicional al suministro 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 suministro de un mes de medicamentos que no estén en la Lista de Medicamentos o si tiene alguna restricción en la Lista de Medicamentos (preautorización, terapia escalonada, límite en las cantidades).

Para solicitar un suministro temporero, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

Durante el tiempo que esté recibiendo un suministro temporero de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suministro 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 solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de

Medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es actualmente un afiliado y el medicamento que está tomando se retira del Formulario o tiene algún tipo de restricción el próximo año, usted podrá solicitar una excepción al Formulario por adelantado para el próximo año. Le comunicaremos cualquier cambio en la cubierta de su medicamento para el próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte del médico que le receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cubierta antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en el Capítulo 9, Sección 7.4, se explica qué hacer. También se mencionan los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de con rapidez e imparcialidad.

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

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cubierta para medicamentos ocurren al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer

cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **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.
- **Añadir o quitar una restricción en la cubierta para un medicamento** (para más información sobre las restricciones en la cubierta, consulte 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 afectarlo este año: en los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cubierta durante el año actual:

Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o establecemos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)

- Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. 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 agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.

- Podemos no avisarle con anticipación antes de hacer el 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 más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)*).
- Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hicimos. Esto también incluirá información sobre los pasos que podrá tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos 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, algún medicamento puede retirarse del mercado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de

Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.

- 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 um suministro 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 en 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 le aplicamos una nueva restricción.
- 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

En esta sección se describen los tipos de medicamentos recetados que están “excluidos”. Esto significa que ni Medicare ni Medicaid pagan por ellos.

Nosotros no pagaremos por los medicamentos incluidos en esta sección. La única excepción: Si se determina bajo apelación que el medicamento solicitado no está excluido por la Parte D y nosotros debimos haberlo pagado o cubierto debido a su situación en particular. (Para información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 7.5 en este folleto.) Si el medicamento excluido por nuestro plan también es excluido por Medicaid, usted tendrá que pagarlo.

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 medicmaento 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 está respaldado por algunas referencias, como *American Hospital Formulary Service Drug Information* y el Sistema de Información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por alguna de estas referencias, entonces nuestro plan no puede cubrir el “uso para una indicación no autorizada”.

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertos por los planes de medicamentos de Medicare o Medicaid:

- Medicamentos sin receta (también conocidos como medicamentos fuera del recetario)

- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o síntomas de catarro.
- Medicamentos usados para propósitos cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Medicamentos para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados 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. Por favor, recuerde que los siguientes medicamentos están cubiertos por el plan bajo la cubierta de medicamentos de Medicaid (Programa Platino):

- Vitaminas recetadas

SECCIÓN 8 Presente su tarjeta de afiliado 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 su medicamento recetado cubierto.

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 cuanda 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, **podría tener que pagar el costo completo de la receta al recogerla.** (Luego puede **pedirnos que le reembolsemos**. 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 Parte D*) le ofrece más información sobre la cubierta de medicamentos y lo que usted paga.

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 suministro temporero** de su medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación. El suministro 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 suministro 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 una resytricción en la cubierta del medicamento, nosotros cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta está hecha para menos días.

Mientras esté recibiendo el suministro temporero de medicamentos, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suministro 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 7.4 le indica qué hacer.

Sección 9.3 ¿Qué pasa si usted 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, laxante, medicamento para el dolor o 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 debe 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 el 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 farkmacia que despache su receta.

En el caso de que usted revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan tiene que 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 por 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 los 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 medicamentos opioides de forma segura

Tenemos un programa que ayuda a asegurarnos que nuestros afiliados utilicen de forma segura sus medicamentos opioides recetas y otros medicamentos que son abusados con frecuencia. Este programa se llama Programa para el Manejo de Medicamentos (DMO, 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 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 solicitud relacionada con las limitaciones que aplican a su acceso a medicamentos continúa denegada, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Vea el Capítulo 9 para información sobre cómo solicitar una apelación.

Si tiene ciertas condiciones, 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 manejar 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 ayudarenos 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 tarta 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, comuníque se 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 349

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cubierta de medicamentos 349

Sección 1.2 Tipos de costos que podría pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos 351

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 352

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los afiliados de MMM Bono Platino? 352

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en cuál etapa se encuentra 354

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado "Explicación de beneficios Parte D" (Part D EOB, por sus siglas en inglés) 354

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos 356

SECCIÓN 4 No hay deducible para MMM Bono Platino 358

Sección 4.1 Usted no paga deducible por sus medicamentos Parte D 358

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 359

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento dependerá del medicamento y en dónde le despachan su receta 359

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de *un mes* de un medicamento 360

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 362

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento 364

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cubierta Inicial hasta que el costo anual total por sus medicamentos llegue a $4,430.....365

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Brecha de Cubierta, el plan provee una cubierta limitada de 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 costos de bolsillo por medicamentos recetados.....368

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cubierta Catastrófica, el plan paga todos los costos de sus medicamentos.....373

Sección 7.1 Cuando entre en la Etapa de Cubierta Catastrófica, se quedará en la misma el resto del año 373

SECCIÓN 8 Lo que paga por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las recibe 374

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cubierta separada para vacunas de la Parte D en sí y otra para el costo de administrárselas 374

Sección 8.2 Si lo desea, llame a Servicios al Afiliado antes de que le administren una vacuna 377

¿Cómo puede obtener información sobre sus costos de medicamentos recetados de la Parte D si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

La mayoría de nuestros afiliados cualifican y ya reciben “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si ya está en el programa de “Ayuda adicional”, **alguna información en esta *Evidencia de Cubierta* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede que 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 excluidos de la cubierta de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cubierta de la Parte D están cubiertos por las Partes A o B de Medicare o por Medicaid.

Para entender la información de pago que le damos 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 continicación, los mayteriales 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.
  - 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.
- **El Capítulo 5 de este folleto.** 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 suministro a largo plazo de un medicamento (por ejemplo, encargar un suministro para tres meses de una receta).

Sección 1.2 Tipos de costos que podría pagar de su bolsillo por los 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 hay **tres** modosmediante los cuales se le podría pedir que pague.

- Un “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- Un “**copago**” es una cantidad fija que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- Un “**coaseguro**” 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 MMM Bono Platino?

Como se muestra en la tabla a continuación, hay “etapas de pago por medicamentos” para su cubierta de medicamentos recetados de la Parte D bajo MMM Bono Platino. Lo que paga por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentra al momento de encargar su receta o pedir una repetición.

Etapa 1 *Etapa del deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cubierta inicial*	**Etapa 3** *Etapa de brecha de cubierta*	**Etapa 4** *Etapa de cubierta catastrófica*
Al no haber 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 su parte del costo**. Usted permanece en esta etapa hasta que su **costo total**	El plan le proveerá cubierta durante la etapa de brecha de cubierta. Usted permanece en esta etapa hasta que **"sus costos de bolsillo"** (sus pagos) alcancen un total de $7,050. Esta cantidad y las reglas para contar los costos hasta llegar a la misma han sido	Durante esta etapa, **el plan pagará todos los costos** de sus medicamentos durante el resto del año natural hasta el 31 de diciembre de 2022. (Detalles en la Sección 7 de este capítulo).

Etapa 1 *Etapa del deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cubierta inicial*	**Etapa 3** *Etapa de brecha de cubierta*	**Etapa 4** *Etapa de cubierta catastrófica*
	anual de medicamentos (sus pagos, más cualquier pago de la Parte D del plan) alcancen $4,430. (Detalles en la Sección 5 de este capítulo)	establecidas por Medicare. (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.** El 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 tenemos 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 ot 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 MMM Bono Platino

Sección 4.1 Usted no paga deducible por sus medicamentos Parte D

No hay deducible para MMM Bono Platino. Usted comienza en la Etapa de Cubierta Inicial cuando ordena 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 la parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos que le corresponde y usted paga la suya (su copago). Su parte del costo va a variar según el medicamento y el lugar donde se despache la receta.

Sus opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento en:

- Una farmacia al detal que esté en la red de nuestro plan.
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan.
- La farmacia de órdenes por correo del plan.

Para más información sobre las opciones de farmacias 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 de *un mes* de un medicamento

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

- Un "**copago**" significa que usted paga una cantidad fija cada que obtiene una receta.

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

- 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:

Nivel	**Costo compartido estándar en farmacia de la red** (suministro por hasta 30 días)	**Costo compartido en farmacia de la red para cuidado prolongado (LTC)** (suministro por hasta 31días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cubierta está limitada a ciertas situaciones; vea el Capítulo 5 para detalles). (suministro por hasta 30 días)
Medicamentos cubiertos	**$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

Típicamente, 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.

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

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a *largo plazo* de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

Nivel	**Costo compartido estándar en farmacia en la red** (suministro para hasta 90 días)	**Costo compartido en orden por correo** (suministro para hasta 90 días)
Medicamentos cubiertos	**$0** de copago	**$0** de copago

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cubierta Inicial hasta que el costo anual total por sus medicamentos llegue 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**.

Su 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.
- **Lo que el <u>plan</u> ha pagado** 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* que le enviamos le ayudará a llevar un récord de lo que usted y el plan, así como terceras personas, 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 $4,430. Si alcanza esta cantidad, tendrá que salir de la Etapa de Cubierta Inicial y pasar a la Etapa de Brecha de Cubierta.

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

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

Cuando salga de la Etapa de Cubierta Inicial, seguiremos brindando una cubierta limitada para sus medicamentos recetados hasta que sus costos anuales de bolsillo lleguen al máximo que Medicare ha establecido. Para el 2022, esa cantidad es $7,050.

Por favor, refiérase a la tabla a continuación para los copagos aplicables:

	Costo compartido estándar al detal (en la red) (suministro por hasta 30 días)	**Costo compartido estándar al detal (en la red)** (suministro por hasta 90 días)	**Costo compartido (a largo plazo)** (suministro por hasta 31 días)	**Costo compartido en recetas por correo** (suministro por hasta 90 días)	**Costo compartido fuera de la red** (suministro por hasta 30 días)
Medicamentos cubiertos	**$0** de copago	**$0** de copago	**$0** de copago	**$0** de copago	**$0** de copago

Medicare tiene reglas sobre qué cuenta y qué *no* cuenta como costos de su bolsillo. Cuando llegue a un límite de gastos de bolsillo de $7,050, usted sale de la Etapa de Brecha de Cubierta y pasa a la Etapa Catastrófica.

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

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir para llevar récord de los costos 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:
  - Etapa de Cubierta Inicial
  - Etapa de Brecha de Cubierta
- Cualquier pago que efectuó durante este año natural como afiliado de otro plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de unirse al nuestro.

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos **por su cuenta**, se incluyen en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si se hacen en su nombre por parte de **algunos otros individuos u organizaciones**. Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por amigos o parientes, la mayoría de las organizaciones benéficas, los programas de asistencia de medicamentos para pacientes de SIDA, o por el Servicio de Salud para Indígenas. Los pagos realizados por el programa de

"Ayuda Adicional" de Medicare también están incluidos.

- Algunos de los pagos hechos por el Programa de Descuento para la Brecha de Cubierta de Medicare 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.

Paso a la Etapa de cubierta en situaciones catastróficas:

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 a la Etapa de Cubierta Catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en los costos 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 hace por medicamentos recetados que normalmente no estarían cubiertos por 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 sis 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 todos 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 todos los costos de sus medicamentos.

SECCIÓN 8 Lo que paga por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las recibe

Sección 8.1 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 Médicos 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 paga por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

1. **El tipo de vacuna** (por lo que le estén vacunando).
    - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cubierta de estas vacunas yendo al Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto* y lo que le corresponde pagar*)*.
    - 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 al momento en que le administran la vacuna de la Parte D puede variar de acuerdo con las circunstancias. Por ejemplo:

- En algunos casos, cuando le administren la vacuna tendrá que oagar el costo completo tanto por el medicamento de la vacuna como por la administración de esta. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolsemos.
- En otras ocasiones, cuando reciba el medicamento de la vacuna o la administración de esta, no pagará nada.

Para que vea cómo esto funciona, a continuación, hay tres situaciones en las que comúnmente se le podría administrar una vacuna de la Parte D.

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

- Usted no tendrá que pagarle a la farmacia por la vacuna en sí.
- 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 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 (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 no tendrá que pagarle a la farmacia 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 utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará por la cantidad que cobró el médico por administrarle la vacuna.

Sección 8.2 Si lo desea, llame a Servicios al Afiliado antes de que le administren 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 cubrimos su vacuna.
- 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 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 por sus servicios o medicamentos cubiertos 382

Sección 1.1 Si paga por servicios cubiertos o sus medicamentos, o si recibe una factura, tiene derecho a pedirnos dicho pago.....382

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió 387

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago.....387

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y responderemos afirmativa o negativamente 390

Sección 3.1 Verificaremos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos 390

Sección 3.2 Si le notificamos que no pagaremos por todo o parte del cuidado médico o el medicamento, puede presentar una apelación 391

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las cuales debe guardar sus recibos y enviarlos al plan ..392

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviar sus recibos al plan para ayudarnos a mantener

un récord de sus costos de bolsillo por medicamentos recetados.....392

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si paga por servicios cubiertos o sus medicamentos, o si recibe una factura, tiene derecho a pedirnos dicho pago

Los proveedores en nuestra red le facturan directamente al plan por sus servicios y sus medicamentos cubiertos; usted no debería recibir una factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo completo de los servicios médicos o medicamentos que haya recibido, debe enviárnosla para que nosotros la paguemos. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

Si usted ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le pague de vuelta (a pagarle de vuelta se le llama “reembolsarle”). Es su derecho el ser reembolsado por nuestro plan si ha pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que haya pagado, la analizaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le haremos un reembolso por los servicios o medicamentos.

A continuación, tiene ejemplos de situaciones en las cuales podría tener que solicitarle al plan un reembolso o el pago de una factura que recibió:

1. Cuando ha recibido cuidado de emergencia o cuidados de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. Cuando reciba servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no sea parte de nuestra red, debe pedirle al proveedor que le envíe la factura al plan.

- Si paga la cantidad total cuando recibe el cuidado, debe pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- A veces podría recibir una factura de un proveedor solicitándole un pago que usted entiende no adeuda. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
    - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la cantidad de la parte que nos correspondía.

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 facturar directamente al plan. 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, lo que se conoce como “facturación de saldos”. Esta protección (que usted nunca paga más allá de su cantidad de costo compartido) aplica aun si nosotros le pagamos al proveedore menos de lo que el proveedor cobra por el servicio, incluso cuando hay una disputa y nosotros no pagamos algunos cargos del proveedor. Para más información sobre la “facturación de saldos”, véase el Capítulo 4, Sección 1.3.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red por una cantidad que usted entiende es mayor a la que le corresponde pagar, envíenos la misma. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe pedirnos que le

reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la que adeudaba bajo el plan.

3. Si se afilió de manera retroactiva

A veces, la filiación 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 pasado).

Si se afilió a nuestro plan de manera retroactiva y pagó de su bolsillo por cualquier servicio o medicamento cubierto luego de la fecha de afiliación, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Debe presentar documentación 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 utilice 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 situaciones especiales. Por favor, vaya al Capítulo 5, Sección 2.5 para más información). Guarde su recibo y

envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo.

5. Cuando paga el costo completo de una 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 de inmediato, podría tener que pagar el costo completo de la receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo.

6. Otras situaciones en las cuales usted paga el costo completo de una receta

Podría tener que pagar el costo completo de una receta si se entera de que el medicamento, por alguna razón, no está cubierto.

- Por ejemplo, podría ser que el mediamento no esté en la *Lista de Medicamentos* del plan *(Formulario)*, o podría tener un requisito o restricción que desconocía o que piensa que no debe aplicársele. Si decide comprar el medicamento de inmediato, podría tener que pagar el costo completo de este.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite un reembolso. EN algunas situaciones, podríamos tener que obtener más información de

parte de su médico para poder reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, analizaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debió ser cubierto. A esto se le llama tomar una “decisión de cubierta”. Si decidimos que debe cubrirse, pagaremos por nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, 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 radicar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y a 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 asegurar que nos esta facilitando toda la información necesaria para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamación para hacer una 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 llame a Servicios al Afiliado para solicitarlo. (Los números de teléfono de Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto).

Envíe esta solicitud de pago por **Servicios Médicos**, junto con cualquier factura o recibos pagados, por correo a la siguiente dirección:

MMM Healthcare, LLC
Departamento de Servicios al Afiliado
PO Box 71114
San Juan, PR 00936-8014

Envíe su reclamación de pago por **Servicios de Farmacia**, junto con cualquier factura o recibos, 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 en un período de 12 meses a partir de la fecha en la que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Por favor, asegúrese de llamar a Servicios al Afiliado si tiene alguna pregunta (los números de teléfono para Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto). Si no sabe cuánto debió haber pagado, o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, le podemos ayudar. Tamnbién puede llamar si quiere darnos

información adicional sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

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

Sección 3.1 Verificaremos si debemos 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 medicamento está cubierto y que usted siguió todas las reglas para obtener el servicio o el medicamento, le pagaremos nuestra parte del costo. Si 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 sus servicios médicos sean cubiertos. El Capítulo 5 le explica las reglas que debe seguir para cubrir sus medicamentos recetados de la Parte D).
- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento *no* está cubierto, o si usted *no* siguió todas las reglas,

no pagaremos por nuestra parte del costo del cuidado o medicamento. EN vez, le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le estamos enviando el pago que ha solicitado y sus derechos para apelar la decisión.

Sección 3.2 Si le notificamos que no pagaremos por todo o parte del cuidado médico o el medicamento, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con la cantidad 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 presentar 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, le será de mucha ayuda leer la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso para las determinaciones de cubiertas y apelaciones, e incluye definiciones de términos como “apelación”. Después de leer la Sección 5, puede pasar a la sección del Capítulo 9 que explica qué hacer en su caso:

- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 7.5 del Capítulo 9.

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

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviar sus recibos al plan para ayudarnos a mantener un récord de sus costos de bolsillo por medicamentos recetados

Hay algunas situaciones en las que nos debe informar sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando 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, presentamos el ejemplo de una situación en la que nos debería enviar copias de sus recibos para informarnos sobre pagos que haya hecho por sus medicamentos.

Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente auspiciado por un fabricante de medicamentos

Algunos afiliados están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos que es aparte de los beneficios del plan. Si obtiene medicamentos a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, podría tener que hacerle un copago a dicho programa.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para tener evidencia de sus gastos de bolsillo y considerarlos en su cualificación para la Etapa de Cubierta Catastrófica.
- Recuerde: Como estaría recibiendo su medicamento a través de un programa de asistencia al paciente y no através de los beneficios del plan, el plan no pagará parte alguna de los costos por estos medicamentos. Pero, al enviarnos copia de sus recibos, nos permitirá calcular sus costos de bolsillo correctamente y esto podría ayudarle a cualificar para la Etapa de Cubierta Catastrófica más rápidamente.

Como no estaría solicitando un pago en el caso descrito arriba, esta situación no se considera una decisión de cubierta. Por lo tanto, no puede radicar una apelación si está en desacuerdo 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 397

Sección 1.1 Debemos proveer información en un modo que funcione para usted (en un idioma que no sea español, en braille, en letra agrandada u otros formatos alternos, etc.).....397

Sección 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.)*.....398

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso a tiempo a sus servicios y medicamentos cubiertos.....399

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud.....400

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos.....413

Sección 1.5 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado 416

Sección 1.6 Usted tiene derecho a dar quejas y a solicitarnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado.....420

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que no se están respetando sus derechos?.....421

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos 422

SECCIÓN 2 Usted tiene varias responsabilidades como afiliado del plan.....423

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?.....423

Sección 2.2 Responsabilidades del beneficiario al denunciar sospechas de fraude.....428

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

Sección 1.1 Debemos proveer información en un modo que funcione para usted (en un idioma que no sea español, en braille, en letra agrandada u otros formatos alternos, etc.)

Para obtener información de nosotros, de forma que funcione para usted, favor llamar a Servicios al Afiliado (los teléfonos aparecen al dorso de este folleto).

Nuestro plan tiene disponible personal y servicios de intérprete gratuitos para contestar dudas de afiliados discapacitados y que no hablan español. También le podemos ofrecer información en inglés, braille, letra agrandada u otros formatos alternos, libres de costo, de necesitarlos. Se nos requiere entregarle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y apropiado para usted. Para obtener la información en un formato que se adapte 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 presentar una querella con Servicios al Afiliado (los números de teléfono están impresos al dorso de este folleto). Usted también puede presentar una queja con 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.

Sección 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 and non-English 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 for 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) en la red del plan para que provea y coordine sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 explica más sobre esto). Llame a Servicios al Afiliado para saber cuáles médicos están aceptando pacientes nuevos (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto). También tiene derecho a visitar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin un referido.

Como afiliado del plan, tiene derecho a conseguir citas y servicios cubiertos de proveedores en la red del plan *en 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 en nuestra red sin largas esperas.

Si considera que no está obteniendo el cuidado médico o los medicamentos de la Parte D en un tiempo razonable, el Capítulo 9, Sección 11 de este folleto le dice qué hacer.

(Si hemos denegado cubierta para su cuidado médico o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 5 le dice qué puede hacer).

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

Leyes 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 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 con 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 no autorizadas.

- En la mayoría de los casos, si le damos su información de salud a alguien que no sea un proveedor suyo o que esté pagando por su cuidado, *tenemos que obtener primero un permiso por escrito de usted*. Un permiso por escrito puede ser provisto por usted o por alguien a quien le haya 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 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 con propósitos investigativos o para otros usos, se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales.

Puede 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 a obtener copia de estos. Se nos permite cobrarle una tarifa por preparar sus copias. También tiene derecho a pedirnos que hagamos

correcciones o agreguemos información a su expediente. Si nos pide que hagamos esto, hablaremos con su proveedor de cuidado de salud para decidir si los cambios se deben hacer.

Usted tiene derecho a saber cómo su información de salud ha sido compartida con otros para propósitos no rutinarios.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, por favor, llame a Servicios al Afiliado (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 como 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 MMM Bono Platino, usted tiene derecho a que le proporcionemos varios tipos de información. (Como explicamos en la Sección 1.1, usted tiene derecho

a obtener nuestra información en un modo que funcione para usted. Esto incluye proveerle información en otros idiomas además del español, en letra agrandada u otros formatos alternos).

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, por favor, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto):

- **Información sobre nosotros**. 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 clasificado por sus afiliados y cómo se compara con otros planes de salud Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores en la red, incluyendo nuestras farmacias en la red.**
    - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias en nuestra red y cómo les pagamos.
    - Para 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 debe seguir para utilizarla.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos usted tiene cubiertos, cualesquiera restricciones en su cubierta, y las reglas que debe seguir para obtener médicos cubiertos.
  - Para obtener detalles sobre su cubierta para 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 (Formulario)*, le dicen qué medicamentos están cubiertos y le explican las reglas que debe 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 que explica por qué algo no está cubierto y qué 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 cuando haya

obtenido el servicio médico o el medicamento de un proveedor o de una farmacia fuera de la red.

- Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con alguna decisión que tomemos relacionada con qué servicio médico o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Puede hacerlo presentando una apelación. Para detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted del modo en que cree que se deba cubrir, vea el Capítulo 9 de este folleto. El mismo le da detalles sobre cómo hacer una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también le explica cómo dar una queja sobre calidad de cuidado, tiempos de espera y otras inquietudes).
- Si quiere pedirnos que paguemes 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 participar en las 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*.

También 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 dar quejas y a solicitarnos que reconsideremos decisiones que hemos 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 cree que está siendo tratado injustamente o que no se están respetando sus derechos?

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 **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. 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 para leer o descargar la publicación “Sus 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 y Medicaid para asegurar que usted esté utilizando todas sus cubiertas combinadas 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 que tenga disponible. Nosotros le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para más información sobre la

coordinación de beneficios, vea el Capítulo 1, Sección 7).

- **Dígale 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, aprende todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y provéalos a ellos 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 a nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los afiliados de MMM Bono Platino, Medicaid cubre su prima de la Parte A (si no cualifica automáticamente para la misma) y también cubre su prima de la Parte B. Si Medicaid no está pagando sus primas de Medicare por usted, usted tiene que seguir pagando sus primas de Medicare para mantenerse como afiliado del plan.
    - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento. Esto será un copago (una cantidad fija) o un coaseguro (un por ciento del costo total). El Capítulo 4 le explica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le informa lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
    - Si 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 negarle la cubierta de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Por favor, vea el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

- Si tiene que pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a que tiene un ingreso más alto (según informado en su planilla de contribución sobre ingresos/ de Hacienda más reciente), tiene que pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para permanecer en nuestro plan.

- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).
  - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo afiliado de nuestro plan.** (El Capítulo 1 le informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a confirmar si está mudándose fuera de nuestra área de servicio.
  - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, tenemos que saberlo de todos modos** para poder mantener su expediente de afiliación al día y saber cómo comunicarnos con usted.

- Si se muda, también es importante que se lo comunique a la Administración del Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Podría encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.

- **Llame a Servicios al Afiliado para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** Recibimos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener sobre cómo mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y horario 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.

Sección 2.2 Responsabilidades del beneficiario al denunciar sospechas de fraude

MMM Healthcare, LLC ha establecido los siguientes mecanismos para denunciar anónimamente incidentes de Fraude, Pérdida y Abuso (FWA, por sus siglas en inglés) o cualquier conducta inapropiada:

- Línea telefónica directa al 1-877-307-1211
- Correo electrónico: siu@mmmhc.com

No habrá represalia o penalidad por denunciar un incidente o sospecha de fraude, pérdida y/o abuso. A menos que el informante revele su identidad, el informe puede ser anónimo y confidencial mientras lo permita la ley. Se mantendrá la confidencialidad durante todo el proceso de denuncia.

CAPÍTULO 9

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

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

SECCIÓN 1 Introducción 436

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o preocupación 436

Sección 1.2 ¿Y qué hay con los términos legales? ...436

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones del gobierno que no están relacionadas con nuestro plan 438

Sección 2.1 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada 438

SECCIÓN 3 Entendiendo las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan .442

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS.....442

SECCIÓN 4 Decisiones de cubierta y apelaciones...442

Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cubierta y apelaciones? ¿O quiere hacer una queja? 442

SECCIÓN 5 Guía básica sobre decisiones de cubierta y apelaciones 444

Sección 5.1 Solicitando decisiones de cubierta y haciendo apelaciones: el panorama completo 444

Sección 5.2 Cómo conseguir ayuda si está solicitando una decisión de cubierta o haciendo una apelación.....447
Sección 5.3 ¿Cuál sección de este capítulo le brinda detalles sobre su situación? 449

SECCIÓN 6 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cubierta o hacer una apelación.....451
Sección 6.1 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 451
Sección 6.2 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).....454
Sección 6.3 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la reevaluación de una decisión de cubierta sobre cuidado médico tomada por nosotros).....462
Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se trabaja una Apelación de Nivel 2.....471
Sección 6.5 ¿Qué pasa si nos pide que le reembolsemos nuestra parte de una factura por cuidado médico que recibió?....482

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cubierta o hacer una apelación 485

Sección 7.1 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 485

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción? 491

Sección 7.3 Cosas importantes que debe saber sobre solicitar excepciones.....493

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cubierta, incluyendo una excepción 494

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar la reevaluación de una decisión de cubierta tomada por nuestro plan).....502

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 2.....508

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos el cubrir una hospitalización más larga si considera que el médico le está dando de alta muy pronto.....514

Sección 8.1 Durante su hospitalización, usted recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos.....515

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital 518
Sección 8.3 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital 524
Sección 8.4 ¿Qué sucede si se le pasa la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1?.527

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos una extensión de cubierta para algunos servicios médicos si entiende que su cubierta está terminando muy pronto 534

Sección 9.1 *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).....534
Sección 9.2 Le informaremos por adelantado cuando su servicio esté por terminar 536
Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado por más tiempo.....537
Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado por más tiempo.....543

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se le pasa la fecha límite para hacer su Apelación de Nivel 1?.545

SECCIÓN 10 Llevando su apelación al Nivel 3 y más allá 552

Sección 10.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes de Servicios Médicos 552

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid ..556

Sección 10.3 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes para Medicamentos Recetados de la Parte D.....556

SECCIÓN 11 Cómo hacer una queja sobre la calidad del servicio, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras preocupaciones 559

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan a través del proceso de quejas?.....559

Sección 11.2 El término formal para la frase “hacer una queja” es “radicar una querella”.....564

Sección 11.3 Paso a paso: Haciendo una queja 564

Sección 11.4 También puede hacer quejas sobre calidad del cuidado a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad 567

Sección 11.5 También puede comunicarle su queja a Medicare y Medicaid.....568

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o preocupación

Este capítulo explica los procesos para manejar problemas y preocupaciones. El proceso que utilice para manejar su problema depende de del tipo de problema que esté teniendo:

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

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? **La Sección 3** le ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar.

Sección 1.2 ¿Y qué hay con 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.

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 integrada de la organización” o “determinación de cubierta”, 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).

Puede obtener asistencia e información de Medicaid

Para más información y asistencia en la resolución de su problema, también puede comunicarse con Medicaid. Aquí tiene cómo obtener información directamente de Medicaid:

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 el uso de un equipo especial y es solo para personas con dificultades del habla o auditivas.
ESCRIBA	Estado Libre Asociado de Puerto Rico Departamento de Salud Programa de Asistencia Médica PO Box 70184 San Juan, PR 00936-8184 Correo electrónico: prmedicaid@salud.pr.gov
INTERNET	www.medicaid.pr.gov

La Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada ayuda a personas afiliadas a Medicaid con problemas de servicio o de facturación. Ellos pueden ayudarle a radicar una querella o apelación ante nosotros.

Método	Oficina del Procurador de 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.
TTY	787-919-7291 Este número requiere el uso de un equipo especial y es solo para personas con dificultades del habla o auditivas.
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 3 Entendiendo las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información en este capítulo se aplica a todos sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esto a veces se llama un "proceso integrado" porque combina o integra procesos de Medicare y Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En esas situaciones, usted utiliza el proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y el proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4** de este capítulo, "Paso a paso: Cómo se realiza una Apelación de Nivel 2".

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cubierta y apelaciones

Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cubierta y apelaciones? ¿O quiere hacer una queja?

Si tiene un problema o inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que tengan que ver con su situación. La información a continuación le ayudará a ubicar la sección adecuada para la información sobre

problemas y quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

Para ver cuál parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare o Medicaid**, utilice esta guía:

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

(Esto incluye problemas relacionados con si un cuidado médico o medicamentos recetados en particular están cubiertos o no, el modo en que están cubiertos, y problemas relacionados con el pago por cuidado médico o medicamentos recetados).

Sí. Mi problema tiene que ver con beneficios o cubierta.

Vaya a la próxima sección de este capítulo, **Sección 5: "Guía básica sobre decisiones de cubierta y apelaciones".**

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

Pase a la **Sección 11** de este capítulo: **"Cómo hacer quejas sobre calidad del cuidado, tiempos de espera, servicio al cliente u otras preocupaciones".**

SECCIÓN 5 Guía básica sobre decisiones de cubierta y apelaciones

Sección 5.1 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. Nosotros tomamos decisiones de cubierta cada vez que decidimos qué está cubierto y cuánto pagamos. 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.

En algunos casos, podemos determinar que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare o Medicaid 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 Organizaciones de Revisión Independientes que no están relacionadas con nosotros.

- En algunas situaciones, su Apelación en Nivel 2 se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente. Si esto sucede, le dejaremos saber.
- En otros casos, usted tendrá que solicitar la Apelación en Nivel 2.

- Vea la **Sección 6.4** de este capítulo para más información sobre las Apelaciones en Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión en el Nivel 2 de Apelación, es posible que pueda pasar a los niveles adicionales de apelación.

Sección 5.2 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 u otro proveedor de salud puede hacer la solicitud por usted.**
    - Para cuidado médico, su médico u otro proveedor de salud puede solicitar una decisión de cubierta o una Apelación en Nivel 1 en su nombre. Si su apelación en Nivel 1 es denegada, será enviada automáticamente al Nivel 2.
        - Si su médico u otro proveedor de salud solicitan que un servicio o artículo que usted

recibe se continúe brindando durante su proceso de apelación, es posible que **deba** nombrar a su médico u otro médico que recete como su representante para actuar en su nombre.
    - Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, tiene que nombrar a su médico como su representante para que actúe en su nombre.
  - 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 de salud, 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 5.3 ¿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 6** de este capítulo - “Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cubierta o hacer una apelación”

- **Sección 7** de este capítulo - “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cubierta o hacer una apelación”

- **Sección 8** 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 9** 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 cuál sección debe usar, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto). También puede obtener 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 6 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cubierta o hacer una apelación

¿Ya leyó la Sección 5 de este capítulo "*Guía básica sobre determinaciones de cubierta y apelaciones*"? Si no la ha leído, quizás quiera hacerlo antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1 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 "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 nuestro plan cubre este cuidado.
2. Nuestro plan no aprueba el cuidado médico que su médico u otro proveedor de cuidado de salud quiere brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre este cuidado.
3. Usted ha recibido cuidado médico que usted cree que 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 nuestro plan debe cubrir, 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 (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 o 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:

- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos el que continuemos cubriendo una hospitalización más larga si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- **Sección 9** de este capítulo: “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).

- Use esta sección (**Sección 6**) como su guía para **todas las otras situaciones** en las cuales se le notifique que el cuidado médico que ha estado recibiendo se va a suspender.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si esta es su situación:	Lo que puede hacer:
¿Quiere 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 6.2**.
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 6.3** de este capítulo.
Si le comunicamos que vamos a parar o reducir un servicio médico que está recibiendo.	Podría mantener esos servicios o artículos durante su apelación. Pase a la **Sección 6.3** 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 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 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 integrada de la organización".**

<u>Paso 1:</u> 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
Una "decisión rápida de cubierta" se conoce como una **"decisión acelerada (expedita) integrada".**

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.

- Para una solicitud **para un artículo o servicio médico, podríamos tomarnos hasta 14 días naturales adicionales** si usted pide tiempo adicional o si descubrimos que falta alguna información que podría beneficiarle (como un expediente médico de proveedores de salud fuera de la red). Si decidimos tomar días adicionales, 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 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 11** 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.**
  - Para una solicitud **para un artículo o servicio médico**, **podríamos tomarnos hasta 14 días naturales adicionales** si descubrimos que falta alguna información que podría beneficiarle (como un expediente médico de proveedores de cuidado dfe salud fuera de la red) o si necesita tiempo para proveernos información para evaluación. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para llegar a una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

  - Si entiende que **no** debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para más información sobre el proceso de presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la **Sección 11** 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 le explicará cómo puede hacer una "queja rápida" sobre nuestra determinación de darle una decisión estándar 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 11** de este capítulo).

Paso 2: 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. 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 11 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 6.3 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 11 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 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, usted tiene derecho a hacer una apelación. La Sección 6.3 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 solicitud 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 6.3** a continuación).

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la reevaluación de una decisión de cubierta sobre cuidado médico tomada por nosotros)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cubierta de cuidado médico se llama una **"reconsideración integrada"** 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. Si su médico u otro médico que recete están solicitando que un servicio o artículo que ya está recibiendo continúe durante su apelación, es posible que deba nombrar a su médico u otro médico que recete como su representante para que actúe en su nombre. (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 gratis de la información relacionada con su decisión médica y añadirle más información para respaldar su apelación.**
    - Tiene derecho a pedirnos una copia gratis de la información relacionada con su apelación.

- 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) integrada".**

- 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.

Si le dijimos que vamos a detener o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es

posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cubierta de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la acción propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede hacer una Apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días naturales posteriores a la fecha del matasellos en nuestra carta o en la fecha efectiva prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 está pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.

<u>Paso 2:</u> 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.
    - 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 11** 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 naturales, o **dentro de 7 días naturales** si su

solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, luego de recibir su apelación.

- **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.

Paso 3: **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación, usted tiene derechos de apelación adicionales.**

Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta.

- Si su problema es sobre la cubierta de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cubierta de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se trabaja una Apelación de Nivel 2

Si denegamos parcial o completamente su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le dirá si el servicio o artículo se cubre normalmente por Medicare o Medicaid o podría ser cubierto por ambos.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que normalmente está **cubierto por Medicare**,

enviaremos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la Apelación de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que normalmente está **cubierto por Medicaid**, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. La carta le dirá cómo hacer esto. La información también está abajo.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar **cubierto por ambos, por Medicare y Medicaid**, recibirá automáticamente una Apelación de Nivel 2, con la Organización de Revisión Independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial con el estado.

Si calificó para continuar recibiendo beneficios cuando hizo su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Vaya a la página 465 para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que generalmente está cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la Organización de Revisión Independiente.
- Si su problema es sobre un servicio que generalmente está cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si

presenta una Apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario después de recibir la carta de decisión del plan.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que normalmente está cubierto por Medicare:

Paso 1: La Organización Independiente de Revisión 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 presentó una apelación estándar en el Nivel 1 ante nosotros, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión tiene que responder a

su Apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días naturales** después de recibir la misma.

- Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión tiene que responder a su Apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días naturales** después de recibir la misma.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita más información que podría beneficiarle, **podría tomar hasta 14 días naturales adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para llegar a una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de 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 respuesta de la organización de revisión es sí a parte o a todo en una solicitud para un artículo o servicio médico**, tenemos que:
    - autorizar la cubierta de cuidado médico **dentro de 72 horas** o

- proveer el servicio a más tardar **14 días naturales** luego de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes estándar,** o
- proveer el servicio **dentro de las 72 horas** siguientes a la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes rápidas**.

- **Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es sí a parte, o a todo en una solicitud para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, tenemos que:
  - autorizar o proveer el medicamento recetado de la Parte B que está bajo disputa **dentro de 72 horas** luego de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente para solicitudes estándar, o
  - **dentro de las 24 horas** siguientes a la fecha en que nosotros recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente 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” o “rechazar su apelación”).

- 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 10** de este capítulo habla más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación. Para más información, vea la **Sección 10** de este capítulo.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización Independiente de Revisión" es **"Entidad Independiente de Revisión".** A veces se le conoce como **"IRE",** por sus siglas en inglés**.**

Si su problema es sobre un servicio o artículo que normalmente está cubierto por Medicaid:

Paso 1: Puede solicitar una Audiencia Imparcial ante el estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para servicios que normalmente están cubiertos por Medicaid es una Audiencia Imparcial ante el estado. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días naturales** posteriores a la fecha en que enviamos la carta de decisión sobre su Apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nosotros le informará dónde debe presentar su solicitud de audiencia.
- Una vez que reciba la carta de decisión del plan, usted mismo puede solicitar por escrito o por teléfono una Audiencia Imparcial. Antes de la Audiencia Imparcial, puede pedirle al plan que le proporcione una copia de los documentos y

registros necesarios para prepararse para la audiencia. Además, puede solicitar al plan que examine y copie los documentos y registros que utilizarán en la Audiencia Imparcial. Proporcionaremos la copia de los documentos y registros sin costo.

- Usted, un representante autorizado o el representante del patrimonio de un afiliado fallecido pueden solicitar una audiencia imparcial ante ASES, dentro de los 120 días posteriores al recibo de la determinación del Plan. Para solicitar una Audiencia Imparcial ante ASES, debe hacerlo por escrito a la siguiente dirección:

  Director Ejecutivo
  Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)
  PO Box 195661
  San Juan, Puerto Rico 00919-5661

- Debe indicar su nombre, dirección, nombre del proveedor u organización de cuidado médico donde recibió o recibirá el servicio bajo apelación, una breve descripción del reclamo o situación por la que solicita la audiencia y enviar una copia de la decisión emitida por el plan. ASES tomará una decisión dentro de los noventa (90) días calendario a partir de la fecha en que presentó esa apelación al plan (excluiremos los días que le tomó solicitar su

audiencia ante ASES). En caso de que la apelación al plan se haya acelerado, ASES tomará una decisión en la audiencia a más tardar tres (3) días hábiles a partir de la fecha de recepción de la solicitud de audiencia en ASES por un servicio denegado que cumple criterios que se considerarán en un proceso de apelación acelerada, pero que el plan no resolvió en términos del tiempo establecido para las apelaciones aceleradas, o se resolvió total o parcialmente de manera no favorable para usted en esos términos.

- La decisión emitida por ASES está sujeta a revisión en la corte de apelaciones del Gobierno de Puerto Rico.
- Durante el período en el que se evalúa su caso, puede solicitar que continúen los servicios sujetos a la apelación al plan.

Paso 2: La Oficina de Audiencia Imparcial le dará su respuesta.

La Oficina de Audiencia Imparcial le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la Oficina de Audiencia Imparcial responde afirmativamente a una solicitud parcial o total de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar o brindarle el servicio o artículo dentro de las 72 horas luego de recibir la decisión de la Oficina de Audiencia Imparcial.

- **Si la Oficina de Audiencia Imparcial rechaza parte o la totalidad de su apelación**, está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cubierta de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación").

Si la decision es no para todo o parte de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si la decisión de la Organización de Revisión Independiente o de la Oficina de Audiencia Imparcial es no para todo o parte de lo que solicitó, **tiene derechos de apelación adicionales**.

Si su Apelación de Nivel 2 fue dirigida a la **Organización de Revisión Independiente**, puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con una cantidad minima particular. La apelación de nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un juez adjudicador. **La carta que reciba de la Organización de Revisión Independiente le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener.**

La carta que reciba de la Oficina de Audiencia Imparcial describirá esta próxima opción de apelación.

Vea la **Sección 10** de este capítulo para más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5 ¿Qué pasa si nos pide que le reembolsemos nuestra parte de una factura por cuidado médico que recibió?

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero a menudo se denomina “reembolso”). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado más que su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

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 5.1 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 Médicos (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*).

Si desea que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o si nos solicita que le paguemos a un proveedor de cuidado médico por un servicio o artículo de Medicaid que pagó, deberá solicitar que tomemos esta decisión de cubierta. Verificaremos si el cuidado médico que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga*)). También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cubierta para el cuidado médico (estas reglas se encuentran en el Capítulo 3 de este folleto, *Utilizando la cubierta del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos*.

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.
- 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 de este capítulo**.** Vaya a esta sección para instrucciones paso a paso. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si hace una apelación para reembolso, tenemos que darle una respuesta dentro de 30 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 de cuidado de salud 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 de cuidado de salud dentro de 60 días naturales.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cubierta o hacer una apelación

¿Leyó la Sección 5 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 7.1 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. Refiérase a la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. (La llamamos la "Lista de medicamentos" para abreviar).

Para que se cubran, los medicamentos tienen que usarse para indicaciones médicamente aceptadas. (Una "indicación médicamente aceptada" es el 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, las reglas y restricciones de la Lista de medicamentosde la 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 5** 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:
  - Solicitarnos cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos* del plan
  - Solicitarnos el no aplicar una restricción en la cubierta del plan para un medicamento (como los límites en la cantidad que se le puede despachar de un medicamento)
- 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* del plan, pero

requerimos que nos pida aprobación antes de extenderle la cubierta).

- *Nota:* Si su farmacia le dice que su receta no puede ser despachada tal y como se indica, la farmacia le dará una notificación escrita en la que le explica 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 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 7.2** de este capítulo.

Si 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 del plan (tales como obtener preautorización) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cubierta. Pase a la **Sección 7.4** 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). Pase a la **Sección 7.4** 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 hacer una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo una reconsideración). Pase a la **Sección 7.5** de este capítulo.

Sección 7.2 ¿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 dos 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***.

Términos legales
Pedir que se cubra un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos se conoce como **"excepción al formulario".**

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*

(para más información, vaya al Capítulo 5, Sección 4).

Términos legales
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.

Sección 7.3 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.

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 7.5** 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 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cubierta, incluyendo una excepción

Paso 1: Usted nos solicita que tomemos una decisión de cubierta con respecto al/a (los) medicamento(s) que necesita. Si su salud requiere de una respuesta rápida, tiene que pedirnos que tomemos una **"decisión rápida de cubierta"**. **No puede pedir una decisión rápida de cubierta si nos está solicitando que le reembolsemos 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 5.2** 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 la **Sección 7.2** y **Sección 7.3** 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 nuestra forma, la cual está disponible en nuestra página de Internet.

Si su salud así lo requiere, pídanos que le demos una "decisión rápida de cubierta".

Términos legales
Una "decisión rápida de cubierta" es también conocida como una "**determinación acelerada (expedita) 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 11** 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. En la **Sección 7.6** de este capítulo, 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. En la **Sección 7.6** de este capítulo, le 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**
  - 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. En la **Sección 7.6** de este capítulo, 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 7.5 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**.**

<u>Paso 1:</u> 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.

Si su salud así lo requiere, solicite una "apelación rápida"

Términos legales
A una "apelación rápida" también se le llama una **"apelación acelerada (expedita)".**

- 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" son los mismos que se utilizan para obtener una "decisión rápida de cubierta". Los mismos se encuentran en la **Sección 7.4** de este capítulo.

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. En la **Sección 7.6** de este capítulo, 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. En la **Sección 7.6** de este capítulo, 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 de Revisión Independiente. Más adelante en la **Sección 7.6** de este capítulo, 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. También le diremos 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 7.6 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.

Legal Terms
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” o “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 10** de este capítulo habla más sobre los procesos para los Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones.

SECCIÓN 8 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 Médicos (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 8.1 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, 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 8.2 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 5.2** 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 8.2 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, 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.

<u>Paso 1:</u> 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.

A una "revisión rápida" también se le llama una "revisión inmediata"

¿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 8.4** 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.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea hacer otra apelación

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación *y* usted se queda hospitalizado después de la fecha planificada para su alta, entonces puede hacer otra apelación. Hacer otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 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.
- 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.

<u>Paso 4:</u> 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 10 de este Capítulo habla más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 ¿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 8.2**, 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)**.

Paso 1: Pasaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente

- Se nos requiere enviar la información de su Apelación en Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente no más tarde de 24 horas después de haberle comunicado nuestra decisión de denegar su primera apelación. (Si usted entiende que no estamos cumpliendo con esta u otras fechas límites, puede hacer una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelación. La **Sección 11** 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 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 10** de este Capítulo habla más sobre los procesos para los Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos una extensión de cubierta para algunos servicios médicos si entiende que su cubierta está terminando muy pronto

Sección 9.1 *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 términos importantes*).
- **Cuidado de hospicio** que esté obteniendo como paciente de hospicio. (Para conocer más sobre “hospicio”, vea el Caítulo 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 institución, 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 Médicos (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 9.2 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 9.3** a continuación sobre cómo presentar una apelación acelerada).

Términos Legales
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 5.2** 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 9.3 Paso a paso: Cómo presentar 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 11** de este capítulo le explica cómo hacer una queja).
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, 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).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación y decide si cambia la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: 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 9.5** de este capítulo.

<u>Paso 2:</u> 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 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, o 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 9.4 Paso a paso: Cómo presentar 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, o 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.

Paso 3: En un plazo de 14 días a partir del recibo de su solicitud de apelación, los examinadores tomarán una decisión sobre su apelación y se la notificarán.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización revisora 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 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.

<u>Paso 4:</u> 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 10** de este capítulo habla más sobre los procesos de Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones.

Sección 9.5 ¿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 9.3, 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, o 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.

<u>Paso 1:</u> 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 11** 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 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.

<u>Paso 3:</u> 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 10** de este Capítulo le explica los procesos de Nivel 3, 4 y 5 de apelaciones.

SECCIÓN 10 Llevando su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 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 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que normalmente cubre Medicaid. La carta que reciba de la Oficina de Audiencia Imparcial le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Sección 10.3 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.

SECCIÓN 11 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 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿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 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 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?
Tiempos de Espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir citas o tiene que esperar demasiado para conseguir una?

Queja	Ejemplo
	• ¿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? ○ Ejemplos de esto incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, 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 nosotros	• ¿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*	El proceso para solicitar una decisión de cubierta y hacer una apelación se explica en las **Secciones 4 a la 10** de este capítulo. Si está solicitando una

Queja	Ejemplo
hemos sido con relación a decisiones de cubierta y apelaciones)	decisión de cubierta 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

Queja	Ejemplo
	límites que aplican. Si considera que no estamos 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 11.2 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 11.3 Paso a paso: Haciendo 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.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema por el que desea presentar la queja.
- **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”.**

Paso 2: Evaluamos su queja y le respondemos

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, podríamos darle una respuesta durante la misma llamada. 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 11.4 También puede hacer 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 11.5 También puede comunicarle su queja a Medicare y Medicaid

Puede enviar su queja sobre MMM Bono Platino 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.

Como afiliado del plan, algunos de los servicios de su plan también pueden estar cubiertos por Medicaid. Por lo tanto, tiene derecho a presentar una queja ante el plan para expresar su insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una determinación adversa de beneficios. Usted o su Representante Autorizado pueden presentar una Queja ya sea oralmente o por escrito dentro de los quince (15) días calendario posteriores a la fecha del evento que inició la queja. El plan resolverá cada Queja dentro de las setenta y dos (72) horas posteriores al momento, ya sea

oralmente o por escrito. Si la Queja no se resuelve dentro de este plazo, la Queja se tratará como una Querella.

El Aviso de Disposición incluirá los resultados y la fecha de la resolución de la Queja y deberá incluir un aviso del derecho a presentar una Querella o Apelación e información necesaria para solicitar una Audiencia Imparcial, si corresponde.

CAPÍTULO 10

Terminando su afiliación en el plan

Capítulo 10. Terminando su afiliación en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 573

Sección 1.1 Este capítulo trata sobre cómo cancelar su afiliación a nuestro plan 573

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su afiliación en nuestro plan?.....574

Sección 2.1 Puede ser elegible para cancelar su afiliación porque tiene Medicare y Medicaid 574

Sección 2.2 Puede cancelar su afiliación durante el Período de Afiliación Anual.....576

Sección 2.3 Puede cancelar su afiliación durante el Período Abierto de Afiliación de Medicare Advantage 578

Sección 2.4 En algunas situaciones, usted puede cancelar su afiliación durante un Período de Afiliación Especial.....579

Sección 2.5 ¿Dónde puede conseguir más información sobre cuándo es posible cancelar su afiliación? 582

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su afiliación en nuestro plan? 583

Sección 3.1Normalmente, su afiliación acaba cuando se inscribe en otro plan 583

SECCIÓN 4 Hasta que acabe su afiliación, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan .587

Sección 4.1 Hasta que se acabe su afiliación, usted sigue siendo afiliado de nuestro plan 587

SECCIÓN 5 En algunos casos, MMM Bono Platino tendrá que cancelar su afiliación 588

Sección 5.1 ¿Cuándo tendremos que cancelar su afiliación?.....588

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por razones relacionadas con su salud.....590

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación en nuestro plan.....591

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo trata sobre cómo cancelar su afiliación a nuestro plan

Cancelar su afiliación a MMM Bono Platino 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 determindas 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. La Sección 2 le explica los tipos de planes a los que se puede afiliar y cuándo comenzaría su afiliación en su nueva cubierta.
  - El proceso para cancelar voluntariamente su afiliación varía de acuerdo con el tipo de cubierta nueva a la que se esté acogiendo. La Sección 3 dice *cómo* acabar/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, debe continuar recibiendo su cuidado médico a través de nuestro plan hasta que su afiliación acabe.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su afiliación en nuestro plan?

Usted puede cancelar su afiliación en 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 ser elegible para cancelar su afiliación porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su afiliación solo durante algunos momentos del año. Dado que usted tiene Medicaid, pudiese cancelar su afiliación en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente durante cada uno de los siguientes Períodos de Elección Especial:

- enero a marzo
- abril a junio
- julio a septiembre

Si usted se unió a nuestro plan durante alguno de estos períodos tendrá que esperar al próximo período para cancelar si afiliación o cambiarse a un plan diferente. Usted no puede utilizar este Período de Elección Especial para cancelar su afiliación a nuestro plan entre los meses de octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre durante el Período de Afiliación Anual. La Sección 2.2 le habla sobre el Período de Afiliación Anual.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes Medicare:
    - 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 aparte de medicamentos recetados.
        - Si usted cambia a un plan Medicare Original y no se inscribe en un plan Medicare aparte de medicamentos recetados, Medicare podría afiliarlo en un plan de medicamentos a menos que haya decidido no acogerse a la inscripción automática.

    Nota: Si usted se desafilia de un plan Medicare de medicamentos recetados 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 a la Parte D al suscribirse a un plan Medicare de medicamentos recetados más adelante. 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).

Comuníquese con su Oficina Estatal de Medicaid para información sobre opciones de planes bajo Medicaid (los teléfonos aparecen en el Capítulo 2, Sección 6 de este folleto).

- **¿Cuándo acabará su afiliación?** Su afiliación normalmente acabará el primer día del mes siguiente a la fecha en que recibimos su solicitud de cambio de planes. Su afiliación en el nuevo plan comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede cancelar su afiliación durante el Período de Afiliación Anual

Usted puede cancelar su afiliación durante el Periodo 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 de 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 Anual de Afiliación?** 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 de 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 usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan Medicare separado de medicamentos recetados, Medicare podría inscribirle 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 4 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 2.3 Puede cancelar su afiliación durante el Período Abierto de Afiliación de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cubierta médica durante el **Período de afiliación abierta 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 elegir 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 se cancelará su afiliación?** Su afiliación se 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 2.4 En algunas situaciones, usted puede cancelar su afiliación durante un Período de Afiliación Especial

En algunas situaciones, podría ser elegible para cancelar su afiliación durante otras épocas del año. A esto se le conoce como un **Período de Afiliación Especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de Afiliación Especial?** Si cualquiera de las siguientes le aplica, pudiera ser elegible para cancelar su afiliación durante el Periodo 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.

Nota: La Sección 2.1 habla más sobre los períodos especiales de afiliación para personas con Medicaid.

- **¿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 de Afiliación Especial, 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 de 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 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 4 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.

  Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le hablan sobre los períodos especiales de afiliación para personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 ¿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 encontrar 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 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 de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su afiliación en 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. 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.

La tabla a continuación le explica cómo usted debe cancelar su afiliación en nuestro plan.

Si se quiere cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud Medicare.	• Afíliese en el nuevo plan Medicare. Su nueva cubierta comenzará el primer día del próximo mes. Se le desafiliará automáticamente de MMM Bono Platino cuando comience su nueva cubierta.
• Medicare Original *con* un plan Medicare separado de medicamentos recetados.	Afíliese en el nuevo plan Medicare de medicamentos recetados. Su nueva cubierta comenzará el primer día del próximo mes. Se le desafiliará automáticamente de MMM Bono Platino, cuando comience su nueva cubierta.

- Medicare Original *sin* una cubierta Medicare separada de 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 de medicamentos recetados a menos que haya decidido no acogerse a la inscripción automática.
  - Si usted se desafilia de un plan Medicare de medicamentos recetados y se

- **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la afiliación.**

  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** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pida ser desafiliado. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Se le desafiliará de MMM Bono Platino cuando comience su cubierta de Medicare Original.

Si se quiere cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
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 afiliarse a un plan Medicare de medicamentos recetados más adelante.	

Para preguntas sobre los beneficios del Programa Medicaid de Puerto Rico, contacte al Programa Medicaid de Puerto Rico al 787-641-4224 (audioimpedidos pueden llamar al 787-625-6955), de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Pregunte cómo se afecta la forma en que recibe su cubierta del Programa Medicaid de Puerto Rico al unirse a otro plan o regresar a Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que acabe su afiliación, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que se acabe su afiliación, usted sigue siendo afiliado de nuestro plan

Si deja MMM Bono Platino, podría tomar algún tiempo en lo que su afiliación acaba y sus nuevas cubiertas de Medicare y Medicaid entran en vigor. (Vea la Sección 2 para información sobre cuándo comienza su nueva cubierta). Durante este tiempo, debe continuar recibiendo sus cuidados médicos y medicamentos a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las 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, MMM Bono Platino tendrá que cancelar su afiliación

Sección 5.1 ¿Cuándo tendremos que cancelar su afiliación?

MMM Bono Platino tendrá que cancelar su afiliación en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si deja de ser elegible para Medicaid. Como se estableción en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que cualifican para ambos, Medicare y Medicaid. Si usted ya no cumple con la condición específica de necesidad especial requerida para este plan, le enviaremos una notificación y estableceremos un período de tiempo para que usted vuelva a cualificar para el plan. Cuando termine dicho período, se le desafiliará del plan. Por favor, comuníquese con nosotros a los números que aparecen impresos al dorso de este folleto.
- Si usted no paga sus gastos médicos, de ser aplicables.
- 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 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 ciudadano de los Estados Unidos o no cuenta con estatus / 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 brinda información incorrecta al afiliarse a nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- 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 nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de afiliado para obtener cuidado de salud. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
    - Si cancelamos su afiliación por esta razón, Medicare podría pedir que su caso sea investigado por el Inspector General.

- Si usted debe pagar una cantidad adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare le desafiliará de nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su afiliación:

- Para más información, puede llamar a **Servicios al Afiliado** (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por razones relacionadas con su salud

MMM Bono Platino no está autorizado a pedirle que deje de nuestro plan por cualquier razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

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 de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante 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 en 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 11.

CAPÍTULO 11

Notificaciones legales

Capítulo 11. Notificaciones legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes aplicables 594

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 594

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación de Pagador Secundario de Medicare 597

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 del Seguro Social 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, genéro, 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 desea más información o si tiene alguna preocupación sobre discrimen o trato injusto, por favor, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos llamando al 1-800-368-1019 (TTY 1-800537-7697) o a su oficina local de Derechos Civiles.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a cuidados de salud, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono están impresos al dorso de este folleto). Si tiene una queja como, por ejemplo, un problema con el acceso para sillas 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 por correo postal a la siguiente dirección:

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 TTY (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 los servicios cubiertos por Medicare por los cuales Medicare no es el pagador principal. Conforme a las regulaciones de CMS en 42 CFR secciones, Secciones 422.108 y 423.462, MMM Bono Platino, 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 sustituyen cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de términos 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 Acorde a su Ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés): Si su ingreso bruto ajustado modificado según radicado en su planilla de contribución sobre ingresos de(l) Hacienda / Servicio de Rentas Internas de hace 2 años está por encima de una cantidad determinda, 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 hacer 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 para 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 afiliación en base a donde viven 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 afiliado paga de su bolsillo durante el año natural por servicios cubiertos. Las cantidades que usted paga por sus primas de Medicrae Parte A y Parte B y por medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de bolsillo. (Nota: Debido a que nuestros afiliados también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos afiliados llegan a este

límite). Véase el Capítulo 4, Sección 1.2 para información sobre la cantidad máxima que paga de su bolsillo.

Cargo por despacho de recetas – Es un cargo cobrado cada vez que un medicamento recetado se despacha para cubrir el costo de despachar dicha receta. El cargo por despacho cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y empacar la receta.

Centro Quirúrgico Ambulatorio: Un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que funciona 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 Ambulatorio de Rehabilitación Integral (CORF, por sus siglas en inglés): Una institución que mayormente provee servicios de rehabilitación luego de una enfermedad o lesión, y brinda una variedad de servicios incluyendo terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y 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 Medicare. El Capítulo 2 explica le indica cómo comunicarse con CMS.

Coaseguro: Una 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 por ciento (por ejemplo, 20%).

Copago: La cantidad que podría tener que pagar como su parte del costo por un servicio o suministro 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 por ciento. 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 pagara 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 por ciento de la cantidad total establecida por el plan que se debe pagar por un servicio o medicamento que se recibe. Una “tarifa” de costo compartido diario” podría aplicar cuando su médico le recete menos del suministro completo para un mes de algunos medicamentos y se le requiera un copago.

Costos de bolsillo: Vea la definición de “costo compartido”. 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 estándar 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 Medicare de medicamentos recetados.

Cubierta Medicare de Medicamentos Recetados (Medicare Parte D) – Seguro para ayudarle a pagar por medicamentos ambulatorios recetados, vacunas, biológicos 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 u otra instalación donde no se requiera personal médico o de enfermería especializada. El cuidado de custodia es un tipo de cuidado personal que 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) provistos 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 en centros 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: Es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Desafiliarse o Desafiliación – Es el proceso de cancelar 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 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 de 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 Integrada– 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.

Elegibilidad doble – cuando una persona cualifica tanto para Medicare como para Medicaid.

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 doctor 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, nebulizadores o camas de hospital ordenados por un proveedor para uso en la casa.

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 usted no *paga* los copagos o coaseguros por medicamentos luego de que usted o sus representantes o terceros en su nombre 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 ha pagado y lo que el plan ha pagado por usted.

Evidencia de Cubierta (EOC) y Divulgación de Información – Este documento, junto con su formulario de afiliación, anejos, cláusulas o cubierta opcional seleccionada, le explica su cubierta, 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 Saldo – Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura al paciente más de la cantidad de costo compartido establecida por el plan. Como afiliado de MMM Bono Platino, usted solo tiene que pagar las cantidades de costo compartido establecidas por el plan cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. 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 en farmacias fuera de la red no está cubierta por nuestro plan a menos que se den condiciones particulares.

Hospicio - Un afiliado que tiene 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.

Ingreso por Seguro 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 de SSI no son lo mismo que los beneficios de la Administración de Seguro Social.

Límites de Cantidad – Una herramienta de manejo diseñada para limitar el uso de algunos medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad, o utilización. Los límites podrían ser por las cantidades de

medicamentos que cubrimos por receta o por un período definido.

Límite de Cubierta Inicial – El límite máximo de cubierta en 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 en estado, pero la mayoría de los costos de cuidado de salud están cubiertos si usted cualifica tanto para Medicare como para Medicaid. Vea el Capítulo 2, Sección 6 para información sobre cómo comunicarse con Medicaid.

Medicamentos Cubiertos – El término general que usamos para designar a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamento Genérico – Un medicamento recetado que es aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) por tener el mismo ingrediente activo 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.

Médicamente Necesario – Medicamentos, servicios o suplidos que sean necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplan con los estándares aceptados por la práctica médica.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que pueden ser cubiertos por la Parte D. Podríamos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D, o no. (Vea su formulario para una lista específica de medicamentos cubiertos). Algunas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidas por el Congreso de manera que no están cubiertos 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 manufacturados y vendidos por otras farmacéuticas y, generalmente, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca ha expirado.

Medicare – El programa federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad o más, algunas personas

menores de 65 con algunas 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 de "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 pagándoles a los médicos, hospitales, y otros proveedores de cuidado de salud las cantidades establecidas por el Congreso. Usted puede elegir cualquier médico, hospital, u otro proveedor de cuidado de salud que acepte Medicare. Tiene que pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare 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 todos los Estados Unidos.

Medigap (póliza de seguro suplementario de Medicare) – Seguro Suplementario de Medicare vendido por las compañías privadas de seguros para cubrir algunas "brechas" en la cubierta del Plan Original de Medicare. La póliza de Medigap trabaja solo con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) – Un grupo de médicos en la práctica 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 de Beneficio de Medicamentos Recetados voluntario de Medicare. (Para simplificar, nos referimos al programa de beneficio de medicamentos recetados como 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, al 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. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, las reglas de la penalidad por afiliación tardía a la Parte D no aplican en su caso. Si usted pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a una penalidad por afiliación tardía si

permanece 63 días o más sin Parte D u otra cubierta acreditable de medicamentos recetados.

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 ocurre desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también está disponible por un período de 3 meses después de que un individuo es elegible a Medicare por primera vez.

Período de Beneficio – La manera en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden el uso que usted le 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.

Período Inicial de Afiliación – Cuando usted se hace elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo 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 Institucionales (SNP, por sus siglas en inglés) – Un Plan de Necesidades Especiales que afilia a personas elegibles que residen de forma continua o que se espera que residan continuamente por los próximos 90 días o más en una instalación de cuidado prolongado. Estas instalaciones de cuidado prolongado (*long-term facility* (LTC)) pueden ser un centro de enfermería especializada, un centro de enfermería, un centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID) y/o un hospital psiquiátrico. Un Plan de Necesidades Especiales institucionales que sirva a afiliados de Medicare que residen en instalaciones LTC debe tener un

contrato con (o ser los dueños y administrar) esa(s) instalación(es) específica(s) de LTC.

Plan de Necesidades Especiales en Instituciones Equivalentes (SNP) – Un Plan de Necesidades Especiales institucionales que afilia a personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de cuidado institucional basado en la evaluación del Estado. La evaluación se debe llevar a cabo usando las mismas herramientas de evaluación de cuidado a nivel estatal y debe ser administrada por una entidad que no sea la que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales puede restringir la afiliación a individuos que residen en una instalación contratada de vida asistida (ALF, por sus siglas en inglés) de ser necesario para poder asegurar uniformidad en la prestación de servicios de cuidado especializado.

Plan de Salud Medicare – Un plan de salud 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 afilien plan. Este término incluye a 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 afiliados por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del afiliado será generalmente mayor cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes 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 algunos 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 nuestro plan. 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 la 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 proveedor de cuidado primario (médico primario) es el doctor o cualquier otro proveedor que usted ve en primera instancia para la mayoría de sus problemas de salud. Él o ella se asegura de que usted reciba el cuidado que necesita para mantenerse saludable. Él o ella también puede hablar con otros médicos y proveedores de servicios de salud sobre su condición, y puede referirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe visitar primero a su médico primario antes de ver a otros proveedores de servicios de salud. Vea el Capítulo 3, Sección 2.1 para información sobre los proveedores de cuidado primario.

Proveedor en la Red del Plan – “Proveedor” es el término general que utilizamos para los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otras instalaciónes de cuidado de la salud que estén autorizadas o certificadas por Medicare y por el Estado para proveer servicios de cuidado de salud. Los llamamos **“proveedores de la red del plan”** cuando tienen acuerdos con nosotros para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar, así como proveer servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Nuestro plan les paga a los proveedores del plan en base

a los acuerdos establecidos con ellos o si ellos aceptan proveerles a los afiliados servicios cubiertos por el plan. Los proveedores en la red también se pueden llamar “proveedores del plan”.

Proveedores Fuera de la Red del Plan o Instalaciones Fuera de la Red del Plan – Un proveedor o una instalación con la que no hemos hecho arreglos para coordinar o proveer servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red del plan son proveedores que no están empleados, no pertenecen, o no son dirigidos por nuestro plan o no están bajo contrato para suministrarle servicios cubiertos a usted. El uso de proveedores o instalaciones fuera de la red del plan se explica en esta Evidencia de Cubierta en el Capítulo 3.

Queja - El nombre formal para “presentar una queja" es “radicar una querella”. El proceso de quejas se utiliza para algunos tipos de problemas *solamente*. Esto incluye problemas relacionados con la calidad servicio, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Véase también "Querella" en esta lista de definiciones.

Querella integrada– 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 responsable por 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 – Los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud Medicare, incluyendo nuestro plan, tienen que cubrir todos los servicios de las Partes A y B de Medicare.

Servicios 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 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 estén temporeramente inaccesibles o no disponibles.

Servicios de Rehabilitación – Estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Subsidio por Bajo Ingreso (LIS, por sus siglas en inglés) – Vea “Ayuda Adicional”.

Tarifa de costo compartido diario – Una “tarifa de costo compartido diario” se podría aplicar cuando su médico le recete menos del suministro completo de un mes en ciertos medicamentos y se le requiera un copago. Una tarifa de costo compartido diario consta del copago dividido por el número de días de suministro para un mes. Por ejemplo: si el copago de un suministro de un mes por un medicamento es de $30, y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su tarifa de costo compartido diario será de $1. Esto quiere decir que usted pagará $1 por cada día de suministro 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 MMM Bono Platino

Método	Servicios al Afiliado: información de contacto
LLAME AL	787-620-2397 (Área Metro) 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son libres de costo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Servicios al Afiliado también tiene un servicio gratuito de intérpretes para personas que no hablan español.
TTY	1-866-333-5469 Este número requiere el uso de un equipo especial y es solo para personas con dificultados del habla o auditivas. Las llamadas a este número son libres de costo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	787-622-0485

Método	Servicios al Afiliado: información de contacto
ESCRIBA A	MMM Healthcare, LLC Departamento de Servicios al Afiliado PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Correo electrónico: mmm@mmmhc.com
SITIO WEB	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 sobre seguros de salud, de manera gratuita, a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	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.
TTY	787-919-7291 Este número requiere el uso de un equipo especial y es solo para personas con dificultados del habla o auditivas.
ESCRIBA A	**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
SITIO WEB	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 recopilación 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 relacionados 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.*