

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cubierta:

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

Este documento 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 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

Este plan, PMC Premier 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 PMC Premier Platino).

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

De solicitarse, esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo braille, letra agrandada, 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 2024.

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

MMM Healthcare, LLC., is an HMO D-SNP plan with a Medicare contract and a contract with the Puerto Rico Medicaid program. Enrollment in MMM depends on contract renewal.

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

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

Y0049_2023 1150 0005 2_C
MMM-PDG-MIS-359-080422-S

Evidencia de Cubierta de 2023

Índice

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como afiliado</i>	9
SECCIÓN 1 Introducción	10
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser afiliado del plan?	14
SECCIÓN 3 Materiales importantes de afiliación que recibirá	17
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para PMC Premier Platino	20
SECCIÓN 5 Mas información sobre su prima mensual	26
SECCIÓN 6 .Manteniendo actualizado su expediente de afiliación del plan	27
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	29
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	32
SECCIÓN 1 Contactos de PMC Premier Platino (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios al Afiliado)	33
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	48
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y	

respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	51
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad	53
SECCIÓN 5 Seguro Social	55
SECCIÓN 6 Medicaid	57
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados.....	62
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios	64
CAPÍTULO 3: <i>Utilizando el plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos</i>	66
SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener cuidado de salud y otros servicios como afiliado de nuestro plan	67
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener cuidado de salud y otros servicios....	72
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad de cuidado urgente o durante un desastre	84
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?.....	90
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	91

SECCIÓN 6 Reglas para obtener cuidado en una “institución religiosa no médica para el cuidado de la salud”	95
SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero	97
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)</i>	101
SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	102
SECCIÓN 2 Utilice la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para saber qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar	106
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de PMC Premier Platino?	292
SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	295
CAPÍTULO 5: <i>Utilizando la cubierta del plan para medicamentos recetados de la Parte D</i>	303
SECCIÓN 1 Introducción	304
SECCIÓN 2 Obtenga su receta en una farmacia en la red o a través del servicio de envío por correo de nuestro plan.....	306
SECCIÓN 3 Sus medicamentos tienen que estar en la “Lista de Medicamentos” del plan	313
SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cubierta para algunos medicamentos.....	316

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de los medicamentos no está cubierto del modo en que le gustaría que lo estuviera?	320
SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si cambia la cubierta para uno de sus medicamentos?	324
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	329
SECCIÓN 8 Despachando una receta	332
SECCIÓN 9 Cubierta de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	333
SECCIÓN 10 Programas para la administración y uso seguro de medicamentos.....	335
CAPÍTULO 6: <i>Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D</i>	340
SECCIÓN 1 Introducción	341
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	347
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en cuál etapa se encuentra.....	348
SECCIÓN 4 No hay deducible para PMC Premier Platino	351
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	352
SECCIÓN 6 Gastos en la Etapa de Brecha de Cubierta	357
SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cubierta Catastrófica, el plan paga todos los costos de sus medicamentos.....	358
SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las recibe.	359
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos el que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos ...</i>	363
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos cubiertos.....	364
SECCIÓN 2 Cómo pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió	369
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y responderemos afirmativa o negativamente	371
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades ...</i>	373
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales como afiliado del plan.....	374
SECCIÓN 2 Usted tiene varias responsabilidades como afiliado del plan.....	398

CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)</i>.....	402
SECCIÓN 1 Introducción	403
SECCIÓN 2 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada	404
SECCIÓN 3 Entendiendo las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan	408
PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS.....	409
SECCIÓN 4 Decisiones de cubierta y apelaciones ...	409
SECCIÓN 5 Guía básica sobre decisiones de cubierta y apelaciones	410
SECCIÓN 6 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cubierta o hacer una apelación de una decisión de cubierta	417
SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cubierta o hacer una apelación	442
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos el cubrir una hospitalización más larga si considera que el médico le está dando de alta muy pronto	462
SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos una extensión de cubierta para algunos servicios médicos si	

entiende que su cubierta está terminando muy pronto.....	478
SECCIÓN 10 Llevando su apelación al Nivel 3 y más allá	492
SECCIÓN 11 Cómo hacer una queja sobre la calidad del servicio, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras preocupaciones	498
CAPÍTULO 10: <i>Terminando su afiliación en el plan</i>	507
SECCIÓN 1 Introducción a finalizar su afiliación con nuestro plan	508
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su afiliación en nuestro plan?	508
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su afiliación en nuestro plan?	516
SECCIÓN 4 Hasta que acabe su afiliación, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	520
SECCIÓN 5 En algunos casos, PMC Premier Platino tendrá que cancelar su afiliación	520
CAPÍTULO 11: <i>Notificaciones legales</i>	524
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes aplicables.....	525
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación	525
SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación de Pagador Secundario de Medicare	528
CAPÍTULO 12: <i>Definiciones de términos importantes</i>	529

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como afiliado

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está afiliado en PMC Premier 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).
- **Mediticaid** 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, PMC Premier Platino. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el

acceso de proveedores en este plan son diferentes a los de Medicare Original.

PMC Premier 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. PMC Premier Platino se ha diseñado 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), es posible que no pague nada por sus servicios de cuidado de salud de Medicare. Medicaid también le puede proveer otros beneficios ya que cubre servicios de cuidado de salud y medicamentos recetados 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. PMC Premier 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.

PMC Premier 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 documento de *Evidencia de Cuidado*?

Este documento de *Evidencia de Cuidado* le dice cómo obtener su cuidado médico bajo Medicare y Medicaid, y los medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como afiliado del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos “cubierta” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención, los servicios médicos y los medicamentos recetados a su disposición como afiliado de PMC Premier 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 documento sobre la *Evidencia de Cuidado*.

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

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cubierta*

Esta *Evidencia de Cubierta* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo PMC Premier 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 PMC Premier Platino desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de PMC Premier Platino después del 31 de diciembre de 2023. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y Medicaid (Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico) tienen que aprobar a PMC Premier

Platino cada año. Cada año puede seguir obteniendo la cubierta de Medicare como afiliado de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare
- -- y -- Viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- y -- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente a los Estados Unidos.
- -- y -- 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 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 2.3 Esta es el área de servicio del plan para PMC Premier Platino

PMC Premier 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

Capítulo 1: Primeros pasos como afiliado

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

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

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

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

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

SECCIÓN 3 Materiales importantes de afiliación que recibirá

Sección 3.1 Tarjeta de afiliado del plan

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



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea afiliado de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en vez de la tarjeta de afiliación de PMC Premier 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 clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

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

Sección 3.2 Directorio de Proveedores y Farmacias

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* enumera los proveedores de la red, farmacias y suplidores de equipo médico duradero. El directorio también incluye una lista de nuestros proveedores participantes en el programa Medicaid.

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. Puede usar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Usted tiene que utilizar los proveedores de la red para obtener su cuidado médico, servicios y recetas. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que PMC Premier Platino autorice el uso de proveedores fuera de la red.

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

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

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

El plan tiene una *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)*. 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 PMC Premier Platino.

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 PMC Premier 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.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para PMC Premier Platino

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

Sección 4.1 Prima Mensual

Usted no paga prima mensual aparte por PMC Premier Platino.

Sección 4.2 Prima Mensual de la Parte B de Medicare

A algunos afiliados se les requiere pagar otras primas de Medicare

Este plan reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare hasta \$35.

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 PMC Premier 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. Esto también incluye su prima de la Parte B de Medicare. También puede incluir

una prima para la Parte A que afecta a los afiliados que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Penalidad por afiliación tardía a la Parte D

Debido a que tiene doble-elegibilidad, el LEP no le aplica mientras mantenga su condición de doble-elegibilidad, pero si pierde la condición, puede incurrir en LEP. Algunos afiliados deben pagar una **penalidad por afiliación tardía** de la Parte D. La penalidad por afiliación tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cubierta de la Parte D si en cualquier momento después de que finalice su período de afiliación inicial, hay un período de 63 días seguidos o más en los que no tuvo la Parte D u otra cubierta acreditable de medicamentos recetados. La “cubierta acreditable de medicamentos recetados” es una cubierta que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cubierta estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la penalidad por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cubierta acreditable de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta penalidad mientras tenga cubierta de la Parte D.

Cuando se afilie a PMC Premier Platino, le dejaremos saber la cantidad de la penalidad.

Usted **no** tendrá que pagarla si:

- Recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados.

- Estuvo menos de 63 días sin una cubierta acreditable de medicamentos recetados.
- Ha tenido una cubierta de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un patrono anterior, unión, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cubierta de medicamentos es una cubierta acreditable. Esta información puede ser enviada a usted en una carta o incluida en un boletín informativo del plan. Guarde esta información porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que usted tenía una cubierta de medicamentos recetados "acreditable" que se espera que pague tanto como paga el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Nota:** Lo siguiente *no* es una cubierta acreditable de medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y páginas electrónicas para descuentos de medicamentos.

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

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que esperó para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare después de hacerse elegible para afiliarse. O, si la interrupción de su cubierta fue de 63 días o

más, cuente la cantidad de meses completos en los que no tuvo cubierta acreditable de medicamentos recetados. La penalidad es de 1% por cada mes que estuvo sin cubierta acreditable. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cubierta, la penalidad será de 14%.

- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos Medicare en la nación del año anterior. Para 2023, esta prima promedio es \$32.74.
- Para calcular su penalidad mensual, multiplique el porcentaje de la penalidad por la prima mensual promedio y redondee el número a la décima más cercana. En el ejemplo que aparece aquí, sería 14% por \$32.74, que equivale a \$4.583. Esto se redondea a \$4.60. Esta cantidad se añadirá a la **prima mensual de alguien con una penalidad por afiliación tardía a la Parte D.**

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

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

65. Después de los 65 años, su penalidad por afiliación tardía a la Parte D se basará solo en los meses que pase sin cubierta después de su período inicial de inscripción en Medicare

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

Sección 4.4 Ingreso Bruto Ajustado

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

Si tiene que pagar una cantidad adicional, la Administración del Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta indicándole cuánto será la cantidad adicional que tiene que pagar. La cantidad adicional se deducirá de su Seguro Social, de sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, o de su cheque de beneficios de la Oficina de Administración de Personal, sin importar el modo que normalmente usa para pagar la prima mensual de su plan, a menos que su beneficio mensual no dé para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no rinde para cubrir la cantidad adicional, Medicare le enviará una factura. **Usted tiene que pagarle la cantidad adicional al gobierno. Esta no se puede pagar junto con el pago mensual de la prima del plan. Si no paga la cantidad adicional, se cancelará su afiliación en el plan y perderá la cubierta de medicamentos recetados.**

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

SECCIÓN 5 Mas información sobre su prima mensual

<h3>Sección 5.1 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?</h3>
--

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.

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

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

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

SECCIÓN 6 Manteniendo actualizado su expediente de afiliación del plan

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. (**Nota:** no está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le sugerimos que lo haga).

Si hay algún cambio, por favor déjenos saber llamando a Servicios al Afiliado.

También es importante que se comuniquen 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.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros Seguros

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. Esto se llama **Coordinación de Beneficios**.

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. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de afiliado del plan a sus otras aseguradoras (una vez que

haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando 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. Si tiene otro seguro, dígame a su médico, hospital y farmacia.

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 patronos 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 patronos 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.

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de PMC Premier Platino (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios al Afiliado)

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 PMC Premier Platino. Con gusto lo ayudaremos.

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

Método	Servicios al Afiliado: información de contacto
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	787-622-0485
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 o apelación 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 o medicamentos recetados de la

Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cubierta que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cubierta o apelaciones de su cuidado de salud o 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 su 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	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Método	Decisiones de cubierta sobre su cuidado de salud– Información de contacto
FAX	787-620-2388
ESCRIBA	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Servicios al Afiliado PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Correo electrónico: mmm@mmmhc.com
INTERNET	www.mmmpr.com

Método	Apelaciones sobre 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	711

Método	Apelaciones sobre el cuidado de salud: información de contacto
	<p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
FAX	787-625-3375
ESCRIBA	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Apelaciones y Querellas PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Correo electrónico: mmm@mmmhc.com
INTERNET	www.mmmpr.com

Método	Decisiones de cubierta sobre medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME	<p>787-620-2397 (Área Metro)</p> <p>1-866-333-5470</p> <p>Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
FAX	<p>787-300-5503</p> <p>787-300-4887 para decisiones expéditas</p>

Método	Decisiones de cubierta sobre medicamentos recetados de la Parte D – 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

Método	Apelaciones sobre medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME	787-620-2397 (Área Metro) 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Método	Apelaciones sobre medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	787-620-2390
ESCRIBA	MMM Healthcare, LLC. Departamento de 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 queja sobre su cuidado de salud

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo

de queja no está relacionado con disputas de cubierta ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado de salud, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre el cuidado de salud: información de contacto
LLAME	787-620-2397 (Área Metro) 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	787-625-3375
ESCRIB A	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Apelaciones y Querellas

Método	Quejas sobre el cuidado de salud: información de contacto
	PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Correo electrónico: mmm@mmmhc.com
INTERNET MEDICARE	Puede presentar una queja sobre PMC Premier Platino directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Método	Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME	787-620-2397 (Área Metro) 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711

Método	Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
	<p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
FAX	787-620-2390
ESCRIBA	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Apelaciones y Querellas PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014
	Correo electrónico: mmm@mmmhc.com
INTERNET MEDICARE	Puede presentar una queja sobre PMC Premier 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

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

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

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

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

Método	Solicitudes de pago por Medicamentos Recetados: información de contacto
LLAME	<p>787-620-2397 (Área Metro)</p> <p>1-866-333-5470</p> <p>Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son libres de cargo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
FAX	<p>787-300-5503</p>
ESCRIBA	<p>MMM Healthcare, LLC. Departamento de Farmacia PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014</p> <p>Correo electrónico: mmm@mmmhc.com</p>
INTERNET	<p>www.mmmpr.com</p>

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

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 documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.

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

- **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.
- **Buscador de planes de Medicare:** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un *valor 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 PMC Premier Platino:

- **Informe a Medicare sobre su queja:** puede presentar una queja sobre PMC Premier 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, y revisar esta información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico

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

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

MÉTODOS PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

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

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

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

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

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

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

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

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con Livanta, LLC. (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 Mejoramiento de la Calidad en Puerto Rico): información de contacto
LLAME	787-520-5743 Lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días feriados, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.

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

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

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

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME 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.

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

SECCIÓN 6 Medicaid

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

En Puerto Rico, los planes que combinan los beneficios de Medicaid y Medicare se conocen como planes Platino. PMC Premier Platino 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 período de 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.

Método	Departamento de Salud (Programa Medicaid de Puerto Rico): información de contacto
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.

Método	Oficina del Procurador: información de contacto
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.

Método	Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada: información de contacto
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	<u>www.oppea.pr.gov</u>

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

La página web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) ofrece información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

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.

¿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 en el formulario 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 cambia de plan, notifique a su trabajador local de afiliación de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. 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.

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

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

Método	Junta de jubilación para ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés): información de contacto
---------------	---

LLAME AL	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son libres de cargo.</p> <p>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.</p> <p>Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.</p>
-----------------	---

Método	Junta de jubilación para ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés): información de contacto
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son libres de cargo.
SITIO WEB	rrb.gov/

CAPÍTULO 3:

Utilizando el plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener cuidado de salud y otros servicios 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, equipos, medicamentos recetados 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*).

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

- Los “**proveedores**” son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para 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, equipo y medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de cuidado de salud se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se detallan en el Capítulo 5.

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, PMC Premier 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.

PMC Premier 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 documento).
- **El cuidado que reciba se considere médicamente necesario.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suplidos, equipos o medicamentos 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). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. *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 no hay especialistas en nuestra red que provea ese cuidado, puede obtener el cuidado de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Deberá obtener la autorización del plan antes de buscar atención médica. 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 temporariamente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o no se puede acceder a él temporariamente. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporariamente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

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

¿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 requisitos estatales y está adiestrado para brindarle cuidado médico básico. Como explicamos a continuación, usted obtendrá su cuidado de rutina o básico de su PCP. Su PCP le brindará la mayoría de su cuidado y le ayudará a planificar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que 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.

- **¿Cuál es el papel del PCP en la toma de decisiones u obteniendo autorización previa?**

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 de 90 días. 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 sin referido de su PCP?

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 son servicios cubiertos que no son una emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o están inaccesibles temporariamente, o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser necesarios inmediatamente y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporariamente 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.)

- 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 células escamosas con evidencia de metastásis
- Fenilcetonuria, adultos con
- Hepatitis C Crónica
- CHF Clase III y IV NHHA 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, ortopedista, 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 documento. 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. Si su médico o especialista deja 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 nuestra red no tiene un especialista cualificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido dentro de la red. Debe obtener autorización previa por parte de plan antes de buscar atención médica.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para manejar su cuidado.
- 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 apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de cuidado ante la QIO, una querrela sobre la calidad del cuidado al plan o ambos. Por favor, vea el Capítulo 9.

Acceso a servicios de cuidado paliativo y hospicio

Puede acceder a los beneficios de cuidado paliativo y hospicio llamando al Programa de Manejo de Casos del plan. Para más información, puede comunicarse con el Programa de Manejo de Casos llamando al 787-993-2314 o al 1-866-944-8444 (libre de cargo), por fax al 787-999-1742 o por correo electrónico a

palliativecareprogramreferrals@mmmhc.com. Los servicios son interdisciplinarios y se ofrecen de acuerdo con sus necesidades y a las instrucciones y decisiones descritas por usted y su familia en su documento de Directrices Anticipadas. El Programa de Cuidado Paliativo trabaja en colaboración con su médico primario y su manejador de casos asignado para determinar el nivel de cuidado que puede necesitar según su condición, tratamiento y resultados de la evaluación. El Programa de Cuidado Paliativo lo ayudará a comprender qué servicios estarán disponibles para usted bajo este programa, donde puede encontrar proveedores de cuidado paliativo y hospicios participantes y cómo nos aseguraremos de que continúe recibiendo servicios clínicos y cualquier tratamiento que esté recibiendo durante su transición a cuidados en hospicio.

Sección 2.4 Cómo 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 requiere a nuestro plan cubrir y en nuestra red no tenemos 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 solicitar el cuidado. En esta situación,

usted pagará lo mismo que pagaría si el cuidado fuese provisto por un proveedor dentro de la red.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad de cuidado urgente o durante un desastre

<h3>Sección 3.1 Cómo puede obtener cuidado si tiene una emergencia médica</h3>

¿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 su vida (y, si usted es una mujer embarazada, pérdida de su bebé nonato), pérdida de una extremidad o del funcionamiento de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **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. *No* necesita usar un médico de la red. Puede obtener

cuidado de salud de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red. 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.

- **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 documento.

¿Qué está cubierto si usted tiene una emergencia médica?

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. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

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

Los afiliados tienen acceso a una instalación de cuidado 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.

Medicare no cubre servicios de urgencia o cualquier otro cuidado que reciba fuera de Estados Unidos.

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.

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?

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?

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

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted también 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.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?

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

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. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese interés, 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. Si nos dice que participa en un ensayo clínico cualificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. 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 cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* tiene que decirnos ni 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, le pedimos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos cualificados por Medicare.

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

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

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

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

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

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 la prueba y beneficios, usted pagaría el copago de \$20 requerido por Medicare Original. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

Cuando usted 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 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”

<h3>Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud?</h3>
--

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. Este beneficio se brinda solo para los servicios de hospitalización de la Parte A (servicios no médicos de cuidado de 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 nuestro 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 Médicos que se incluye en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero

<h3>Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?</h3>
--

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 PMC Premier Platino, usualmente, no se convertirá en dueño del DME alquilado no importa cuántos copagos realice por el equipo mientras sea afiliado de nuestro plan, aun si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Medicare Original antes de afiliarse a nuestro plan. En limitadas y específicas circunstancias, transferiremos la propiedad del artículo DME a usted. Llame a Servicios al Afiliado para más información.

¿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 su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se afilió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare Original

no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de poseer el artículo.

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

Sección 7.2 Reglas para el equipo de oxígeno, suplidos y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

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

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

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

CAPÍTULO 4:

Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

Este capítulo provee una Tabla de Beneficios Médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como afiliado de PMC Premier 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 en la cantidad total que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que estén cubiertos por nuestro plan. Este límite se llama la cantidad máxima que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2023 esta cantidad 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 PMC Premier 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. Los proveedores no pueden añadir cargos separados adicionales por separado, lo que se conoce como “facturación de saldos”. Esta protección 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).

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- 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 o para servicios de emergencias o urgentemente necesarios).
- 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 o para servicios de emergencias o urgentemente necesarios).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame a Servicios al Afiliado.

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

<h3>Sección 2.1 Sus beneficios médicos y sus costos como afiliado del plan</h3>
--

La Tabla de Beneficios Médicos que aparece en las siguientes páginas detalla los servicios cubiertos por PMC Premier Platino y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cubierta de medicamentos recetados de la Parte D aparece en el Capítulo 5. 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, equipo y medicamentos recetados de la Parte B) *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

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado un referido. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados.

- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) que le brinda y supervisa su cuidado. 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”.
- 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

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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 documento Medicare y Usted 2023. 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.
- Si, durante 2023, Medicare añade cubierta para algún nuevo 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

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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 que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

- Medicare aprobó a PMC Premier 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 PMC Premier Platino participa en MMM Encamina, Programa Colaborativo de Cuidado Coordinado Mejorado, MMM Flexi Card, MMM Elige y MMM Asistencia, usted será elegible para los siguientes servicios de WHP, incluyendo los servicios de planificación de cuidados avanzados (ACP, por sus siglas en inglés):
- Nuestro Servicio de Planificación de Bienestar y Cuidado de la Salud (WHP) le ofrece la oportunidad de definir junto a su médico primario cualquier directriz anticipada que usted desee para su cuidado y tratamiento médico en caso de que en algún momento usted no pueda tomar decisiones. Como

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

- El Programa de Manejo de Casos puede realizar una Evaluación del Riesgo para la Salud (HRA, por sus siglas en inglés) para evaluar su estado general de salud. Durante este examen, se le preguntará si sabe que tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento. Los siguientes son algunos de los temas que el 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 discuta o haga cualquier cambio a sus directrices anticipadas con su proveedor.

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

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

- Debido a que PMC Premier 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 VBIID para los afiliados elegibles para recibir tecnologías nuevas y existentes o dispositivos médicos aprobados por la FDA.

- Debido a que PMC Premier Platino participa en MMM Encamina, usted puede ser 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

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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 discontinuar 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.



 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
<p> Detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una sola ecografía de detección para las personas en riesgo. El plan solo</p>	<p>No se requiere coaseguro, copago ni</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p>deducible para los afiliados elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 consultas en 90 días están cubiertas para beneficiarios de Medicare bajo las siguientes circunstancias:</p> <p>Para propósitos de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más. • No es específico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una 	<p><u>Servicios de acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda cubiertos por Medicare</u></p> <p>\$0 de copago</p> <p><u>Servicios suplementarios de acupuntura</u></p> <p>\$0 de copago</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none">• No está relacionado con una cirugía.• No está relacionado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (como se define en 1861 (r) (1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP) / especialistas en enfermería clínica</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>médico, PA o NP / CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p> <p>Acupuntura – Suplementario</p> <p>Usted es elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un máximo de seis (6) visitas de rutina por año para servicios de acupuntura suplementarios, con una cantidad de beneficio máximo del plan de hasta \$500 anuales. • Requiere referido de su PCP. • Reglas de autorización pueden aplicar. 	
<p>Terapias alternativas – Suplementario</p> <p>Usted es elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta doce (12) visitas para servicios de naturópata. • Hasta \$200 cada mes para ser utilizado para la compra de 	<p><u>Terapias alternativas Suplementarias</u></p> <p>\$0 de copago</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>artículos homeopáticos / medicina natural cubiertos a través del catálogo de OTC.</p> <p>Este es un beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para artículos OTC, Terapias Alternativas (solo artículos de medicina homeopática / natural), Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño y beneficio de acondicionamiento físico. Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	<p><u>Ambulancia de emergencia</u> \$0 de copago por día de servicio independientemente del número de viajes.</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>es tal que otros medios de transportación podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Reglas de autorización aplican, excepto para cuidado de emergencia. 	<p><u>Ambulancia de no-emergencia</u> \$0 de copago por día de servicio independientemente del número de viajes.</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede coordinar una visita anual de bienestar para crear o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud al</p>	<p>No se requiere coaseguro, copago ni deducible para consultas</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>presente y factores de riesgo. Está cubierta una vez al año.</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p>anuales de bienestar.</p>
<p> Medida de densidad de masa ósea</p> <p>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:</p>	<p>No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>



Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Reglas de autorización pueden aplicar. 	
<p> Detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. ● 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. 	<p>No se requiere coaseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y consejería están cubiertos para afiliados que cumplen con determinadas condiciones y cuentan con el referido de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requiere referido de su PCP. • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p><u>Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare</u></p> <p>\$0 de copago</p> <p><u>Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare</u></p> <p>\$0 de copago</p>
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para la enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una visita al año con su médico primario para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta</p>	<p>No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p>conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Prueba de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o irregularidades asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p>No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>No se requiere coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones (dislocación parcial). 	<p><u>Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare</u> \$0 de copago por visita</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios Quiroprácticos – Suplementarios</p> <p>Además, usted es eligible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p><u>Servicios quiroprácticos suplementarios</u></p> <p>\$0 de copago por visita</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. <p>Una de las siguientes pruebas cada 12 meses:</p>	<p>No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Prueba de sangre oculta en excreta con guayacol (gFOBT).• Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años.</p> <p>Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prueba diagnóstica de colonoscopia (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. <p>Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una colonoscopia diagnóstica cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses después de una sigmoidoscopia de detección.	<p><u>Enema de bario cubierta por Medicare</u></p> <p>\$0 de copago</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. 	
<p>Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Nosotros cubrimos:</p> <p><u>Servicios Dentales cubiertos por Medicare</u> Servicios cubiertos por Medicare, como algunos servicios dentales que recibe cuando está en un hospital si necesita procedimientos dentales complicados o de emergencia.</p> <p><u>Servicios Dentales Comprensivos – Suplementarios</u></p>	<p><u>Servicios dentales cubiertos por Medicare</u> 0% de coaseguro</p> <p><u>Servicios dentales preventivos y diagnósticos suplementarios:</u></p> <p><u>Evaluaciones orales</u> 0% de coaseguro</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Este plan tiene un límite de hasta \$3,000 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.</p>	<p><u>Profilaxis (limpieza)</u> 0% de coaseguro</p> <p><u>Tratamiento de fluoruro</u> 0% de coaseguro</p>
<p>Servicios de restauración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poste y Coronas Individuales – Cubierto por año, por diente, por vida. • Reconstrucción de muñón, incluyendo los pasadores cuando sea necesario, cubierto cada veinticuatro (24) meses. • Reemplazo de coronas individuales cubierto cada cinco (5) años con documentación de 	<p><u>Radiografías dentales</u> 0% de coaseguro</p> <p><u>Servicios diagnósticos</u> 0% de coaseguro</p> <p><u>Servicios dentales comprensivos:</u></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>justificación requerida (“by report”).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Corona individual (corona temporera) – Resina ○ Corona individual – Porcelana fundida en metal noble y/o altamente noble ○ Corona individual – Porcelana/cerámica <p>La recementación de coronas y postes está limitada para el pago a uno (1) por diente, por vida, después de seis meses de la cementación inicial. Los servicios no mencionados no están cubiertos por el plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización aplican para coronas individuales. <p>Servicios de prostodoncia:</p> <p>Prostodoncia removible:</p>	<p><u>Servicio suplementario de restauración:</u></p> <p><u>Postes y muñones y/o coronas individuales</u></p> <p>0% de coaseguro</p> <p><u>Otros servicios restaurativos</u></p> <p>0% de coaseguro</p> <p><u>Endodoncia</u></p> <p>0% de coaseguro</p> <p><u>Extracciones</u></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Dentadura completa y parcial removible en resina o dentadura parcial en metal con base en resina (1 por arco: maxilar y/o mandibular), o dentadura parcial en base flexible (1 por arco: maxilar y/o mandibular) cada cinco (5) años. Las dentaduras en base flexible (termoplásticas) no están cubiertas para las dentaduras completas y están limitados por cualquier otra prótesis removible y viceversa. • Servicios de reparación de dentaduras en metal y/o con base en resina, incluyendo servicios relacionados con la reparación de dentaduras completas o parciales existentes, serán cubiertos después de seis (6) meses de la fecha de inserción. 	<p>0% de coaseguro</p> <p><u>Cirugía oral y maxilofacial</u></p> <p>0% de coaseguro</p> <p><u>Servicios dentales de prostodoncia suplementarios</u></p> <p>0% de coaseguro</p>
<p>Reajuste de dentaduras completas cubierto uno (1) por dentadura cada 5</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>años, después de 6 meses a partir de la fecha de inserción. Incluye todos los ajustes necesarios dentro de los 6 meses posteriores a la fecha de inserción. No cubierto ajuste, rebase, reparaciones, reajuste o reemplazo de retenedores para dentadura parcial en base flexible (Valplast®). Una prótesis removible puede tardar hasta 90 días para la adaptación de la misma. Si presenta alguna molestia, se recomienda consultar con su proveedor dental antes de presentar una queja.</p> <p>Todos los demás servicios de prótesis dental no están cubiertos. Los servicios que no se mencionan anteriormente no están cubiertos por el plan.</p> <p><u>Dentaduras fijas</u></p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">● Pónticos y retenedores para coronas- hasta cuatro (4) unidades de dentadura fija al año, cubierto uno (1) por diente de por vida.<ul style="list-style-type: none">○ Retenedor de corona: porcelana fundida en metal altamente noble○ Retenedor de corona: fundido en metal noble○ Retenedor de corona: porcelana/cerámica○ Póntico: porcelana fundida en metal altamente noble○ Póntico: porcelana fundida en metal noble○ Póntico: Porcelana/cerámica <p>Para la aprobación del pago, se debe enviar radiografías previas y posteriores junto a la firma del afiliado y del dentista. La anestesia local se</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>considera parte de los procedimientos de prótesis fijas.</p> <p><u>Implantes:</u> Hasta dos (2) implantes cubiertos al año o cuatro (4) implantes cubiertos al año para pacientes edéntulos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Colocación quirúrgica del cuerpo del implante, implante endóseo y cirugía de implante de segunda etapa, cubierto uno (1) por diente de por vida.• Corona de porcelana apoyada sobre pilares (metal noble y/o metal altamente noble)• Corona de porcelana/cerámica apoyada sobre pilares• Corona de porcelana soportada por implante (cerámica) <p>Las coronas sobre implantes están cubiertas una (1) por diente cada cinco (5) años con la justificación adecuada.</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los servicios de implantes solo estarán cubiertos cuando los realice un proveedor certificado. Todos los pilares están cubiertos uno (1) por diente de por vida. La construcción de una dentadura postiza removible completa o parcial sobre un implante incluye todos los procedimientos, técnicas y materiales. También incluye todos los ajustes, reparaciones y sobrecostos hasta 6 meses después de la fecha de inserción.</p> <p>El injerto óseo o el aumento de senos nasales no están cubiertos. No se aceptarán mini implantes como parte de las cubiertas de implantes. Los servicios que no se mencionan anteriormente no están cubiertos por el plan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reglas de autorización aplican para los servicios de prostodoncia	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>MMM no será responsable y no aceptará ni pagará ningún tratamiento dental o trabajo dental realizado directamente por un técnico de laboratorio dental. Esto se considera una práctica dental ilegal.</p> <p>Para obtener más información sobre su cubierta dental, comuníquese con Servicios al Afiliado.</p> <p><u>Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:</u></p> <p>Servicios dentales no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.</p>	


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los siguientes beneficios están incluidos en el Plan de Salud del Gobierno:</p>	
<ul style="list-style-type: none">• 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;• Un (1) examen oral completo al año;• Un (1) examen periódico cada seis (6) meses;	


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• 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;• Una (1) limpieza para adultos cada seis (6) meses;• Una (1) limpieza para niño cada seis (6) meses;	


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • 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 hasta 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 	
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un entorno de cuidado primario que</p>	<p>No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la consulta</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o referidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar 	<p>anual de detección de depresión.</p>
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>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 tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para</p>	<p>No se requiere coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar 	
<p> Adiestramiento para el automanejo de la diabetes, servicios y suplidos para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suplidos para monitorear su glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y de los monitores. • Para las personas que padecen diabetes con enfermedad del pie diabético severa: un par de zapatos terapéuticos hechos a la 	<p><u>Adiestramiento para el automanejo de la diabetes cubierto por Medicare</u></p> <p>\$0 de copago</p> <p><u>Servicios y suplidos de diabetes y zapatos terapéuticos o plantillas</u></p> <p>0% de coaseguro</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El adiestramiento para automanejo de la diabetes está cubierto bajo algunas condiciones. • Reglas de autorización pueden aplicar. 	
<p>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suplidos relacionados (En el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento, encontrará una definición de “equipo médico duradero”).</p>	<p><u>Beneficios cubiertos por Medicare:</u> <u>Suplido de equipo médico duradero</u> 0% de coaseguro</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, colchones con sistemas motorizados, suplidos para la diabetes, camas de hospital ordenadas por su médico para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p>	<p><u>Silla de ruedas</u> 0% de coaseguro</p> <p><u>Cama de hospital uso en el hogar</u> 0% de coaseguro</p>
<p>Cubrimos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no dispone de una marca o fabricante determinado, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted.</p>	<p><u>Silla de rueda motorizada</u> 0% de coaseguro</p> <p><u>Otro equipo médico duradero</u> 0% de coaseguro</p>
<p>Equipo Médico Duradero (DME)- Tecnologías nuevas y existentes o dispositivos médicos aprobados por la FDA</p>	<p><u>Dispositivo de monitoreo</u></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los afiliados que hayan sido diagnosticados con diabetes serán elegibles para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p><u>continuo de glucosa (CGM) para afiliados elegibles</u> \$0 de copago</p> <p>Su costo compartido para la cubierta de equipo de oxígeno de Medicare es 0% de coaseguro cada mes.</p>
<p>Cuidado de emergencia Cuidado de emergencia se refiere a los servicios que son:</p>	<p><u>Servicios de emergencia</u></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Provistos por un proveedor cualificado para ofrecer servicios de emergencia. • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con conocimientos promedio de medicina y salud, cree que 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, dolor grave o a una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios provistos fuera de la red es igual al costo por los servicios provistos dentro de la red.</p>	<p><u>cubiertos por Medicare</u></p> <p>\$0 de copago por visita a sala de emergencia</p> <p><u>Servicios de emergencia mundial suplementarios</u></p> <p>\$75 de copago por visita a sala de emergencia</p> <p>No tendrá que pagar el copago si es admitido al hospital.</p> <p>Si recibe cuidados de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Este plan incluye visitas de cuidado de emergencia/urgencia mundial como beneficio suplementario, con un límite máximo del plan de \$500.</p>	<p>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 costo compartido será igual al que pagaría en un</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	hospital de la red.
<p>Beneficio de Acondicionamiento Físico- Suplementario</p> <p>Usted es elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$200 cada mes para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC. <ul style="list-style-type: none"> ○ Pedales para ejercicio físico ○ Correas elásticas para estiramiento ○ Rompecabezas para ejercitar la memoria <p>Este es un beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para artículos OTC, Terapias Alternativas (solo artículos de medicina homeopática / natural), Dispositivos y modificaciones</p>	<p><u>Beneficio de Acondicionamiento Físico- Suplementario</u></p> <p>\$0 de copago</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>de seguridad para el hogar y el baño y beneficio de acondicionamiento físico. Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.</p>	
<p> Programas de educación sobre la salud y el bienestar</p> <p>Son programas dirigidos a condiciones de salud como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales. Programas diseñados para enriquecer la salud y estilos de vida de los afiliados que incluyen control de peso, acondicionamiento físico y manejo del estrés. El plan cubre los siguientes beneficios de educación en salud y bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea directa de enfermería. Disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana. • Materiales impresos de educación en salud. • Adiestramiento nutricional. 	<p><u>Servicios de programas de educación sobre la salud y el bienestar</u></p> <p>\$0 de copago</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones diagnósticas de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado ambulatorio cuando son provistas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p><u>Servicios de audición cubiertos por Medicare</u></p> <p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios de audición – Suplementarios</p> <p>Además, usted es elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$2,500 cada año para ser usados para la compra de aparatos auditivos para ambos oídos- combinados; • Un (1) ajuste/evaluación de aparato auditivo suplementario por año. 	<p><u>Beneficio suplementario de aparatos auditivos</u></p> <p>\$0 de copago</p>
<p><u>Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:</u></p>	<p><u>Servicios suplementarios de evaluación de ajuste de aparatos auditivos</u></p> <p>\$0 de copago</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de audición no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Aparatos auditivos para beneficiarios mayores de 20 años están excluidos de la cubierta. Refiérase a EPSDT para servicios de audición cubiertos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reglas de autorización pueden aplicar.	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Detección del VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que están en mayor riesgo de infección con VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo.• Reglas de autorización pueden aplicar	<p>No se requiere coaseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para exámenes de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño – Suplementarios**

Usted es elegible para:

- Hasta **\$200** cada mes para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC.
 - Alfombra de baño médica
 - Asiento de inodoro elevado
 - Cabezal de ducha de mano
 - Alcanzador
 - Luz de noche

Este es un beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para artículos OTC, Terapias Alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural), Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño y beneficio de acondicionamiento físico.

Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño

\$0 de copago.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.</p>	
<p>Servicios de salud en el hogar ofrecidos por agencias de cuidado de salud</p> <p>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 domicilio preste dichos servicios. Usted tiene que estar confinado al hogar, lo que significa que salir de su hogar representa un esfuerzo considerable.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente y servicios de ayudante de salud en el hogar (para estar cubierto bajo el beneficio de cuidados de salud a 	<p><u>Servicios de salud en el hogar por agencias de cuidado de salud</u></p> <p>\$0 de copago</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suplidos médicos. <p>• Reglas de autorización pueden aplicar.</p>	
<p>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</p>	<p><u>Terapia de infusión en el hogar</u> 0% de coaseguro</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>(por ejemplo, una bomba), y suplidos (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, provistos de acuerdo con el plan de cuidado.• Adiestramiento y educación al paciente que no estaría cubierto 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.	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Una vez comience el beneficio de hospicio, PMC Premier 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, PMC Premier Platino garantizará la continuación de este beneficio a medida que hagan la transición al cuidado de hospicio con un proveedor de la red y de proveedores que no son de hospicio.</p>	<p><u>Medicamentos recetados y biológicos cubiertos por Medicare</u> 5% de coaseguro (\$5 máximo)</p> <p><u>Servicios de respiro al cuidador cubierto por Medicare</u> 5% de coaseguro (\$5 máximo)</p> <p><u>Todos los demás servicios de cuidado de hospicio cubierto por Medicare</u></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>5, Sección 9.3 (Qué pasa si usted está en un hospicio certificado por Medicare).</p> <p>Nota: Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio (cuidado que no está relacionado con su diagnóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta en el hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio, pero que pudiese ser elegible y estar considerándolo junto con su familia o cuidador.</p>	
<p> Vacunación</p> <p>Los servicios cubiertos por Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la pulmonía. 	<p>No se requiere coaseguro, copago ni deducible para</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>También cubrimos vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p><u>Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:</u></p> <p>Servicios de vacunación no cubiertos por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parte B de Medicare 	<p>las vacunas contra la pulmonía, influenza, hepatitis B y COVID-19.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• 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 <p>Los siguientes servicios no están incluidos en la cubierta del Plan Medicaid del Estado (“wrap around”), pero los provee el Departamento de Salud:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Vacunas para niños de 0 a 20 años de edad (inclusive)¹:<ul style="list-style-type: none">• Hepatitis B• Rotavirus (RV)	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• DTaP (Toxoides de Difteria y vacuna pertussis acelular)• Hib (Vacuna conjugada Hib)• PCV13 Y PPSV23 (Vacunas antineumocócicas)• Polio (IPV)• Vacunas contra la influenza (Virus atenuado LAIV o la 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 [Bexserol] y Men B- FHbp [Trumenba])• Tdap• Virus Papiloma Humano (VPH)	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Dengvaxia ((Indicado para la prevención de la enfermedad del dengue causada por los serotipos 1, 2, 3 y 4 del virus del dengue. Su uso está aprobado en personas de 9 a 16 años de edad con infección previa por dengue confirmada por laboratorio y que viven en áreas endémicas. <p>2. Vacunas para adultos desde los 21 años de edad^{3***}:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna Haemophilus influenza tipo b – Hib• Vacuna contra la hepatitis A – HepA• Vacuna contra la hepatitis A y hepatitis B – (HepA – HepB)• Vacuna contra la hepatitis B – HepB• Vacuna contra el virus papiloma humano – HPV	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la influenza (inactivada) – IIV4• Vacuna contra la influenza (viva, atenuada) – LAIV4• Vacuna contra la influenza (recombinante) – RIV4 <p>3. Vacunas para adultos desde los 21 años de edad^{3***}</p> <ul style="list-style-type: none">• Sarampión, paperas y rubeola – MMR• Vacunas Antimeningocócicas serogrupos A, C, W, Y<ul style="list-style-type: none">○ MenACWY-D○ MenACWY-CRM○ MenACWY-TT• Vacunas Antimeningocócicas serogrupos B<ul style="list-style-type: none">○ MenB-4C○ MenB-FHbp• Vacuna antineumocócica conjugada 15-valente – PCV15	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Vacuna antineumocócica conjugada 20-valente – PCV20• Vacuna antineumocócica conjugada 23-valente – PPSV23• Toxoides tetánico y diftérico – Td• Toxoides tetánico y diftérico y vacuna contra la tos ferina acelular – Tdap• Vacuna contra la varicela – VAR• Vacuna contra el herpes zoster, recombinante - RZV <p>4. Vacuna COVID-19 – no se incluye en en el <i>wrap around</i> de Medicaid, pero es proporcionada por el Departamento de Salud (DOH). La organización Medicare Advantage (MAO) debe seguir las instrucciones proporcionadas por CMS.</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>¹La Organización Medicare Advantage debe consultar los documentos de política pública sobre las guías detalladas de vacunación e inmunización recomendadas.</p> <p>²Ver vacuna contra la influenza recomendada 2017-2018.</p> <p>³Vacunación 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 adultos con algún factor de riesgo adicional y otra indicación.</p> <p>***Referencia: https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/adult/adult-combined-schedule.pdf</p> <ul style="list-style-type: none">• Reglas de autorización pueden aplicar.	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidado hospitalario</p> <p>Incluye hospitalización intensiva, rehabilitación hospitalaria, hospitales de cuidado prolongado y otros servicios de hospitalización. El cuidado hospitalario comienza el día en que ingresa formalmente al hospital con una orden médica. El día antes de que le den el alta es su último día de hospitalización.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Alimentos, incluyendo dietas especiales. • Servicios regulares de enfermería. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Fármacos y medicamentos. 	<p><u>Servicios recibidos en un hospital de la red</u></p> <p>\$0 de copago por admisión o estadía</p> <p><u>Servicios recibidos en UNIDAD DORADA</u></p> <p>\$0 de copago por admisión o estadía</p> <p>Si recibe cuidados hospitalarios autorizados en un hospital fuera de la red después de que su condición de</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • 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 trasplante están cubiertos: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madres e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea evaluado por un centro de trasplantes aprobado por 	<p>emergencia se haya estabilizado, su costo será el compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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 PMC Premier Platino ofrece servicios de transplante en una localidad fuera del itinerario de cuidado para transplantes en su comunidad y usted elige hacerse el transplante en esta localidad distante, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de transportación y alojamiento</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>adecuado para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cubierta de sangre entera y células rojas concentradas comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que 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. <p>Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos.	
<p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor tiene que hacer una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Aun si usted permanece en el hospital durante una noche, todavía se le puede considerar un</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>La cubierta comienza el primer día en que la cubierta de Medicare y la cubierta <i>wrap around</i> 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.</p>	
<p>Cubierta incluye:</p>	
<ul style="list-style-type: none">• Sala de aislamiento por razones médicas• Diagnóstico y tratamiento especializado, tales como electrocardiografías, electroencefalografías, gases arteriales y otras pruebas de diagnóstico y/o tratamiento	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>especializadas que están disponibles en instalaciones hospitalarias y que tienen que realizarse mientras el paciente está hospitalizado.</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de rehabilitación a corto plazo: Para pacientes hospitalizados, incluyendo terapia física, ocupacional y del habla. <p>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 antihemofílico por autorización de un hematólogo certificado y complejo de activación de protrombina (Auto flex y Feiba) por autorización de un hematólogo certificado.</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización aplican; excepto en caso de emergencia. 	
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan cubre hasta 190 días de hospitalización, de por vida, para cuidados de salud mental en un hospital psiquiátrico. • El límite de cuidado hospitalario de salud mental no aplica a los servicios de salud mental provistos en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización. • Además, nuestro plan cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días extra que cubrimos. Si su hospitalización es 	<p><u>Servicios recibidos en un hospital psiquiátrico de la red</u></p> <p>\$0 de copago por admisión o estadía</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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.</p> <p><u>Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:</u></p> <p>La cubierta comienza el primer día en que tanto la cubierta de Medicare y el <i>wrap around</i> 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 veinticuatro (24) horas del día), todos los días naturales del año.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reglas de autorización aplican; excepto en caso de emergencia.	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>El plan cubre un número ilimitado de días de hospitalización y hasta 100 días de cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF).</p> <p>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 cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. • Exámenes diagnósticos (como pruebas de laboratorio). 	<p><u>Servicios de Médicos</u></p> <p>Favor hacer referencia a la sección “Servicios médicos/profesionales, incluyendo visitas a la oficina del médico” en esta tabla.</p> <p><u>Servicios diagnósticos y de radiología, vendajes y férulas</u></p> <p>Favor hacer referencia a la sección “Pruebas</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello, bragueros (<i>trusses</i>) y piernas, brazos u ojos artificiales, incluyendo los ajustes, reparaciones y reemplazos 	<p>ambulatorias de diagnóstico y artículos y servicios terapéuticos” en esta tabla.</p> <p><u>Equipo médico duradero y suplidos relacionados</u></p> <p>Favor hacer referencia a la sección “Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suplidos relacionados” en esta tabla.</p> <p><u>Prostéticos, dispositivos</u></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>requeridos debido a rotura, desgaste, pérdida o cambios en la condición física del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional. • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p><u>ortopédicos y suplidos médicos/terapéuticos para pacientes ambulatorios</u></p> <p>Favor hacer referencia a la sección “Prótesis y suplidos relacionados” en esta tabla.</p> <p><u>Servicios de terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional</u></p> <p>Favor hacer referencia a la sección “Servicios ambulatorios de</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	rehabilitación” en esta tabla.
<p>Programa de comidas (beyond limited basis) – Suplementario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta dos (2) comidas nutritivas por día, por diez (10) días, hasta una (1) vez al año. Máximo de veinte (20) comidas por año. • Menú de comidas y entrega es manejado por nuestro vendedor contratado. • Usted recibirá el menú ya determinado por nuestro vendedor contratado el cual incluye almuerzo y cena. 	<p><u>Programa de comidas (beyond limited basis) Suplementario</u> \$0 de copago</p>
<p>MMM Asistencia- Suplementario Usted es elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta doce (12) eventos individuales al año para los siguientes servicios: 	<p><u>MMM Asistencia</u> \$0 de copago</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">○ Servicios de asistencia en carretera, que incluye lo siguiente:<ul style="list-style-type: none">▪ Cambio de goma – Se ofrecerá servicio de remolque en caso de que no tenga una goma de respuesta.▪ Carga de batería – Se ofrecerá servicio de remolque en caso de que 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.	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">▪ Servicios de extracción – Cubierto en caso de un accidente de tránsito en el cual el vehículo haya quedado fuera de la carretera, sin necesidad de remolque, se brindará un servicio de extracción.▪ Servicio de reemplazo de parabrisas - se cubre hasta un reemplazo de parabrisas por año.▪ Batería de vehículo – hasta un reemplazo de batería por año. <p>○ Servicios de reparación menor en el hogar, que incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Cerrajería – Cubierto en las situaciones en las que no puede acceder el interior de su residencia desde el exterior. (Excluye: reparación y/o	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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).</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Plomería – Cubierto cuando ocurre una avería dentro de las instalaciones fijas de abastecimiento y/o sanitarias de la vivienda. Se enviará un técnico especializado para la reparación o destape de tuberías, desagües u otras instalaciones físicas de la residencia. (Excluye: reparaciones relacionadas a grifos, cisternas de agua, depósitos, calentadores de agua y tanques, bombas	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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 cualquier reparación relacionada a áreas comunales o local comercial de la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados de Puerto Rico).</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Electricidad – Cubierto cuando ocurre un mal funcionamiento total o parcial de la electricidad. Se enviará un técnico	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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 Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico).</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Cristalería – Se ofrecerá reparación o reemplazo de vidrio cuando se rompa el cristal de una ventana o puerta, lo que expone la residencia y pone en peligro la seguridad de los ocupantes. (Excluye:	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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).</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Entre otros servicios○ Control de plagas- Una (1) visita por trimestre.○ Visita de Medidas Preventivas Anticaídas- Una (1) visita por año que incluye lo siguiente: evaluación de la vivienda e instalación de iluminación LED, cinta de tracción/antideslizante. También se pueden instalar barras de agarre y seguridad si el afiliado las proporciona.○ Servicios de conectividad tecnológica- Una (1) visita en	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>persona y soporte remoto ilimitado por año.</p> <p>Aplica cantidad máxima de \$300 por cada servicio de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar. Esto incluye el costo de materiales (excepto en los artículos de reemplazo), transporte y mano de obra. El afiliado cubrirá cualquier monto que exceda el límite máximo del plan.</p> <p>Comuníquese con Servicios al Afiliado llamando al 1-866-333-5470, las 24 horas, 7 días a la semana para coordinar una cita de servicio. Para orientación y estatus sobre el beneficio, el horario de servicio es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>MMM Flexi Card – Suplementario</p> <p>Usted es elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una tarjeta de débito con una cantidad de \$65 mensuales. Podrá utilizar la MMM Flexi Card para los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> - Comida preparada - Alimentos y provisiones - Gasolina - Productos de limpieza - Entretenimiento (conciertos / teatro / películas, etc.) - Utilidades - Artículos OTC adicionales - Terapias alternativas (solo artículos homeopáticos / medicina natural) - Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño - Artículos para el acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y para ejercitar la memoria solamente) 	<p><u>MMM Flexi Card</u></p> <p>\$0 de copago</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">- Copagos / Coaseguros- Cuidado de mascotas- Artículos de jardinería / ferretería- Servicios de cuidado personal, tales como: productos de higiene personal, servicios de peluquería (manicura, pedicura, corte de pelo, etc.), productos para el crecimiento del cabello y cremas anti-envejecimiento / manchas- Electrodomésticos- Toallas, ropa de cama y ropa- Servicios adicionales de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar y otros servicios <p>Podrá transferir y acumular su cantidad de mes a mes. Los montos no se transferirán de un año a otro; debe usar su cantidad acumulada antes de que finalice el año del plan.</p>	


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>MMM Elige- Suplementario:</p> <p>Usted puede escoger solo uno (1) de los siguientes beneficios suplementarios:</p> <p style="text-align: center;">1. Servicios de Asistencia en el Hogar</p> <p>Usted es eligible para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta seis (6) visitas de cuatro (4) horas al trimestre para cuidado personal y apoyo (24) horas por trimestre para un máximo del plan de 96 horas por año) para asistir a los afiliados a realizar actividades del diario vivir como: preparación de alimentos, asistencia para bañarse, afeitarse, vestirse, lavado y planchado de ropa, sábanas y toallas del afiliado, cambio de ropa de cama y limpieza ligera, limitados a las áreas que utiliza el afiliado.	<p><u>MMM Elige Suplementario</u></p> <p>\$0 de copago</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Debe vivir en su hogar o en una residencia de su elección. Los siguientes no se consideran como hogar: hospitales de cuidado intensivo, instalaciones de cuidado prolongado, centros de enfermería especializada, hogares de cuidado de envejecientes, asilos de ancianos e instalaciones de cuidado comunitario autorizados.• No puede ser un participante activo en ningún otro Programa para Servicios de Asistencia en el Hogar. <p>2. Cantidad adicional para MMM Flexi Card¹:</p> <p>Usted es eligible para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una cantidad de hasta \$50 adicionales al mes. <p>Usted podrá seleccionar sus beneficios suplementarios solo una (1)</p>	


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>vez al año. Una vez haya seleccionado sus opciones, no podrá cambiarlas.</p> <p>Algunos beneficios pudiesen requerir autorización previa del plan. Además, debe utilizar un proveedor o suplidor contratado para que los servicios sean cubiertos.</p> <p>Antes de hacer su selección, debe contactar al plan para añadir los beneficios escogidos a su plan. Para información sobre cómo puede escoger sus beneficios, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono están impresos al dorso de este folleto).</p> <p>¹Beneficio del programa Value-Based Insurance Design.</p>	
<p> Terapia médica de nutrición</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no están bajo tratamiento de diálisis) o después de</p>	<p>No se requiere coaseguro, copago ni deducible para</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>un trasplante de riñón, cuando sea referido por su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de consejería individual durante el primer año en que usted reciba servicios de terapia médica de nutrición bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y, posteriormente, 2 horas cada año. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con 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.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reglas de autorización pueden aplicar.	<p>los afiliados elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, servicios ambulatorios en un hospital o 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. 	<p><u>Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare</u></p> <p>0% de coaseguro</p> <p><u>Otros medicamentos de la Parte B de Medicare</u></p> <p>0% de coaseguro</p> <p>Terapia Escalonada puede aplicar de Parte B a Parte B</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento de recibir un trasplante de órgano.• Medicamentos inyectables para la osteoporosis en caso de que no pueda salir de su casa, tenga una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede 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 medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de eritropoyetina (por ejemplo, Epogen[®], Procrit[®],	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa).</p> <ul style="list-style-type: none">• Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria.	
<p>El siguiente enlace le mostrará un listado de los Medicamentos de la Parte B que pudiesen estar sujetos a Terapia Escalonada:</p> <p>https://www.mmmpr.com/planes-medicos/formulario-medicamentos.</p>	
<p>También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	
<p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluyendo las normas que debe seguir para que las recetas sean cubiertas. El Capítulo 6 explica lo que</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p>	
<p>Beneficio nutricional / dietético - Suplementario</p> <p>Usted es elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta seis (6) visitas al nutricionista por año. Se cubren ambas sesiones (individual y grupal). 	<p><u>Beneficio nutricional / dietético suplementario</u></p> <p>\$0 de copago</p>
<p> Prueba diagnóstica de obesidad y terapia para promover la pérdida sostenida de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos consejería intensiva para ayudarlo a perder peso. Esta consejería está cubierta si la recibe en un centro de atención primaria, donde se puede coordinar con</p>	<p>No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el diagnóstico preventivo de la obesidad y terapia.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de cuidado primario para obtener más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. 	
<p>Programa de servicios para el tratamiento de opioides</p> <p>Los afiliados de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cubierta de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos y opioides agonistas y antagonistas para el tratamiento asistido por 	<p><u>Programa de servicios para el tratamiento de opioides</u></p> <p>0% de coaseguro</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Despacho y administración de medicamentos MAT (si aplica) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas <p>• Reglas de autorización pueden aplicar.</p>	
<p>Pruebas ambulatorias de diagnóstico y artículos y servicios terapéuticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X. • Radiación (de radio y de isótopos), la terapia incluye los materiales y suplidos del técnico. 	<p><u>Procedimientos y pruebas diagnósticas cubiertas por Medicare</u></p> <p>\$0 de copago</p> <p><u>Servicios de laboratorio</u></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Suplidos quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio. • Sangre: incluyendo almacenaje y administración. La cubierta de sangre entera y glóbulos rojos concentrados inicia solo con la cuarta pinta de sangre que necesite – tiene que, o pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año natural o tener la sangre donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos comenzando con la primera pinta de sangre usada. • Otras pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios. 	<p><u>cubiertos por Medicare</u> \$0 de copago</p> <p><u>Servicios de rayos X</u> <u>cubiertos por Medicare</u> \$0 de copago</p> <p><u>Servicios de radiología terapéutica</u> <u>cubiertos por Medicare</u> \$0 de copago</p> <p><u>Servicios de radiología diagnóstica</u> <u>cubiertos por Medicare</u></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><u>Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:</u></p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p>\$0 de copago</p> <p><u>Servicios de sangre cubiertos por Medicare</u></p> <p>\$0 de copago</p> <p><u>Suplidos médicos cubiertos por Medicare</u></p> <p>0% de coaseguro</p>
<p>Observación para pacientes ambulatorios en el hospital</p> <p>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.</p>	<p><u>Observación para pacientes ambulatorios en el hospital cubierta por Medicare</u></p> <p>\$0 de copago</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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 otro individuo autorizados y licenciado por el estado y por los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes o para ordenar pruebas ambulatorias.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya hecho una orden por escrito para que se le admita como hospitalizado al hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades del costo compartido por servicios ambulatorios en un hospital. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, se le puede</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>considerar paciente “ambulatorio”. De no estar seguro si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja educativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en la página de Internet https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reglas de autorización pueden aplicar.	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios ambulatorios en el hospital</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, 	<p><u>Servicios cubiertos por Medicare en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios</u></p> <p>\$0 de copago por visita</p> <p><u>Servicios de emergencia</u></p> <p>Favor hacer referencia a la sección “Cuidado de emergencia” en esta tabla.</p> <p><u>Cirugía ambulatoria</u></p> <p>Favor hacer referencia a la</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>si no se brinda, sería necesario tratamiento hospitalario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Nota: A menos que el proveedor haya hecho una orden por escrito para que se le admita como hospitalizado al hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades del costo compartido por los servicios ambulatorios del hospital. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía se le puede considerar paciente “ambulatorio”. De no estar seguro si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p>	<p>sección “Cirugías ambulatorias, incluyendo los servicios provistos en instalaciones ambulatorias del hospital y en centros de cirugía ambulatoria” en esta tabla.</p> <p><u>Laboratorios y pruebas diagnósticas, rayos X, servicios de radiología y suplidos médicos</u></p> <p>Favor hacer referencia a la</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>También puede encontrar más información en la hoja educativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!). Esta hoja informativa está disponible en la página de Internet https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis, las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p>sección “Pruebas ambulatorias de diagnóstico y artículos y servicios terapéuticos” en esta tabla.</p> <p><u>Cuidado de salud mental y hospitalización parcial</u></p> <p>Favor hacer referencia a las secciones “Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios” y “Servicios de hospitalización parcial” en esta tabla.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	<p><u>Cuidado para la dependencia de sustancias químicas</u> Favor hacer referencia a la sección “Servicios ambulatorios contra el abuso de sustancias” en esta tabla.</p> <p><u>Medicamentos que no puede autoadministrar se</u> Favor hacer referencia a la sección “Medicamentos recetados bajo la Parte B de</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	Medicare” en esta tabla.
<p>Cuidado de salud mental ambulatorio</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental provistos por un médico o psiquiatra con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero especializado, asistente médico u otro profesional de cuidado de salud mental cualificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p> <p><u>Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:</u></p> <p>Todos los servicios ambulatorios relacionados con la salud mental y de emergencia e intervención en crisis, veinticuatro (24) horas al día, siete (7)</p>	<p><u>Servicios de salud mental ambulatorios cubiertos por Medicare:</u></p> <p><u>Visitas al psiquiatra:</u></p> <p>\$0 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare</p> <p>\$0 de copago por cada sesión de terapia grupal cubierta por Medicare</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requiere referido de su PCP. • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p><u>Visitas a otros especialistas:</u></p> <p>\$0 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare</p> <p>\$0 de copago por cada sesión de terapia grupal cubierta por Medicare</p>
<p>Servicios ambulatorios de rehabilitación</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje.</p>	<p><u>Servicios de terapia ocupacional cubiertos por Medicare</u></p> <p>\$0 de copago</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los servicios de rehabilitación ambulatoria se ofrecen en varios centros ambulatorios, como departamentos ambulatorios en hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros Ambulatorios de Rehabilitación Integral (CORF, por sus siglas en inglés).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se requiere referido de su PCP para terapia ocupacional. • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p><u>Servicios de terapia física o del habla y/o lenguaje cubiertos por Medicare</u> \$0 de copago</p>
<p>Servicios ambulatorios contra el abuso de sustancias El plan cubre visitas individuales y grupales para tratamiento contra el abuso de sustancias.</p>	<p><u>Visita individual para servicios ambulatorios contra el abuso de sustancias cubiertos por Medicare</u> \$0 de copago</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><u>Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:</u></p> <p>La cubierta comienza el primer día en que tanto la cubierta de Medicare y el <i>wrap around</i> 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se requiere referido de su PCP. • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p><u>Visita grupal para servicios ambulatorios contra el abuso de sustancias cubiertos por Medicare</u></p> <p>\$0 de copago</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cirugías ambulatorias, incluyendo los servicios provistos en instalaciones ambulatorias en un hospital y en centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: Si es operado en un hospital, debe verificar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor haga una orden por escrito para que se le admita como hospitalizado al hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido para servicios de cirugía ambulatoria. Aun si permanece durante la noche, todavía se le puede considerar como un paciente “ambulatorio”.</p> <p><u>Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:</u></p> <p>Servicios médicos y quirúrgicos no cubiertos por Medicare y/o los</p>	<p><u>Servicios en centros de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare</u> \$0 de copago</p> <p><u>Servicios en instalaciones ambulatorias cubiertos por Medicare</u> \$0 de copago</p> <p><u>Servicios de observación cubiertos por Medicare</u> \$0 de copago</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. 	
<p>Medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC, por sus siglas en inglés) – Suplementario</p> <p>Usted es elegible para:</p>	<p><u>Medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC, por sus siglas en inglés)</u></p> <p>= <u>Suplementarios</u></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Un máximo de \$200 cada mes de beneficio suplementario para ser usados en la compra de artículos para la salud y bienestar fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés) que incluyen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Vitaminas y minerales2. Suplidos de primeros auxilios3. Medicamentos, ungüentos y aerosoles con ingredientes médicos activos para el alivio de síntomas4. Cuidado de la boca5. Suplidos para la incontinencia (pañales para adultos y/o <i>pads</i>)6. Monitor de presión arterial7. Terapia de reemplazo de nicotina8. Suplementos de fibra9. Bloqueador solar tópico10. Artículos para mejorar la comodidad	\$0 de copago

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>11.Humectantes para la piel (incluyendo, pero no limitado a lociones para la cara, el cuerpo y los pies que se utilizan para piel reseca)</p> <p>12.Jabón (jabón antibacterial/antimicrobiano recomendado por el médico)</p> <p>Usted tiene que utilizar la cantidad máxima de la cuota asignada a este beneficio ya que estas cantidades no se acumulan.</p> <p>El plan cubrirá el artículo y el afiliado será responsable de pagar cualquier impuesto aplicable y/o cantidad que sobrepase el beneficio máximo.</p> <p>Este es un beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para artículos OTC, Terapias Alternativas (solo</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>artículos homeopáticos / medicina natural), Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño y beneficio de acondicionamiento físico. Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.</p>	
<p>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.</p> <p><u>Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:</u></p> <p>La cubierta comienza el primer día en que tanto la cubierta de Medicare y del <i>wrap around</i> de Platino apliquen para</p>	<p><u>Servicios de hospitalización parcial</u> \$0 de copago</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se requiere referido de su PCP.• Reglas de autorización pueden aplicar.	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**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
 - Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si opta por obtener uno de estos servicios mediante telesalud, debe utilizar un

Servicios de proveedor de cuidado primario

\$0 de copago por visita

Servicios de especialistas
\$0 de copago por cada visita a especialistas

Servicios de otros profesionales de la salud
\$0 de copago por visita

Servicios de médicos por maternidad
\$0 de copago por visita

Servicios adicionales de telesalud

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>salud mental concurrente, independientemente de su ubicación.</p> <ul style="list-style-type: none">● Servicios de Telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si:<ul style="list-style-type: none">○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias● Servicios de Telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Consulta virtual de 5-10 minutos (por ejemplo, mediante teléfono o video-llamada/chat) con su médico si:<ul style="list-style-type: none">○ 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:<ul style="list-style-type: none">○ Usted no es paciente nuevo y○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio ocurrida 7 días antes y	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">○ 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 para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación contra cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos de ser provistos por un médico).	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><u>Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:</u></p> <p>Servicios de maternidad no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan Medicare Advantage, pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>Los abortos se cubren si el embarazo es resultado de violación o incesto, según certificado por un médico.</p> <p>Daños severos y de larga duración pudieran ser causados a la madre si el embarazo se lleva a término según certificado por un médico.</p> <ul style="list-style-type: none">• Referidos para algunos servicios pueden aplicar.• Reglas de autorización pueden aplicar a servicios brindados	


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
por otros profesionales de la salud.	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 afiliados con algunas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores. <p>Servicios de podiatría – Suplementarios</p> <p>Además, usted es elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seis (6) visitas suplementarias para servicios podiátricos por año. • Se requiere referido de su PCP. • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p><u>Servicios de podiatría cubiertos por Medicare</u></p> <p>\$0 de copago por visita</p> <p><u>Servicios de podiatría suplementarios</u></p> <p>\$0 de copago por visita</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Programa de comidas luego de un alta hospitalaria - Suplementario</p> <p>Usted es elegible para recibir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta dos (2) comidas nutritivas por día, por cinco (5) días, hasta dos (2) veces al año. Máximo de veinte (20) comidas por año sin costo adicional, luego de una hospitalización en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). • Se requiere referido de su PCP. • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p><u>Servicio suplementario de comidas luego de un alta hospitalaria</u></p> <p>\$0 de copago para hasta dos (2) veces al año. Máximo de veinte (20) comidas por año.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Los siguientes servicios están cubiertos una vez cada 12 meses para hombres de 50 años o más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital. 	<p>No se requiere coaseguro, copago ni deducible por la prueba de PSA anual.</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés). • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p><u>Examen rectal digital anual</u> \$0 de copago</p>
<p>Prótesis y suplidos relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplacen parcial o totalmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a: bolsas de colostomía y suplidos directamente relacionados con el cuidado de una colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluyendo un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye algunos materiales relacionados con prótesis y la reparación y/o reemplazo de estas. También incluye cubierta limitada después de la extracción o cirugía de</p>	<p><u>Aparatos prostéticos cubiertos por Medicare</u> 0% de coaseguro</p> <p><u>Suplidos médicos cubiertos por Medicare</u> 0% de coaseguro</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>cataratas. Para más detalles, consulte “Cuidado de la Visión” en esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reglas de autorización pueden aplicar.	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requiere referido de su PCP. • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p><u>Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare</u></p> <p>\$0 de copago</p>
<p> Diagnóstico y consejería para reducir el consumo excesivo de alcohol</p> <p>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.</p>	<p>No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de diagnóstico y consejería para</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p>reducir el consumo excesivo de alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de dosis baja (LDCT, por sus siglas en inglés)</p> <p>Para pacientes que cualifiquen, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Afiliados elegibles son: Personas de 50 a 77 años de edad que no tienen señales o síntomas de cáncer de pulmón, pero con historial de fumar tabaco de, al menos, 20 cajetillas al</p>	<p>No se requiere coaseguro, copago ni deducible por la visita de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para la LDCT</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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.</p> <p>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) cualificado decide brindar una visita de</p>	cubierta por Medicare.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. 	
<p> Examen de detección de infecciones transmitidas sexualmente (ITS) y consejería para prevenir las ITS</p> <p>Cubrimos los exámenes para el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS) para la clamidia, la gonorrea, la sífilis y la hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para algunas personas que están en mayor riesgo de contraer una ITS, siempre y cuando los mismos sean ordenados por un médico primario.</p>	<p>No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección de ITS y consejería de ITS cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cubriremos estos exámenes diagnósticos una vez cada 12 meses o en momentos específicos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos, cada año, hasta 2 sesiones de alta intensidad, en persona, de 20 a 30 minutos de duración, de orientación sobre la conducta a adultos sexualmente activos con mayor riesgo a contraer infecciones de transmisión sexual. Solo cubriremos estas sesiones de consejería como un servicio preventivo si son provistas por un médico primario y se realizan en un centro de atención primaria, por ejemplo, en una oficina médica.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reglas de autorización pueden aplicar.	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre las enfermedades del riñón para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a los afiliados a tomar decisiones informadas sobre su 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 temporariamente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor de este servicio no está disponible temporariamente o no se puede acceder a él). 	<p><u>Servicios de educación sobre enfermedades renales</u> \$0 de copago</p> <p><u>Servicios de diálisis</u> <u>Diálisis Peritoneal</u> 0% de coaseguro</p> <p><u>Otros servicios de diálisis</u> 0% de coaseguro</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es admitido en un hospital para recibir cuidado especial).• Adiestramiento para la auto-diálisis (incluye adiestramiento para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar).• Equipo y suplidos para diálisis en su hogar.• Algunos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de asistentes adiestrados en diálisis para verificar su diálisis en el hogar, para ayudarlo en emergencias y para revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua). <p>Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de la Parte B de</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicare. Para obtener información sobre la cubierta de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. 	
<p>Cuidado en Centros de Enfermería Especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, 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).</p> <p>El plan cubre hasta 100 días en un SNF. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p>	<p>Su costo compartido aplica el día de la admisión.</p> <p><u>Cuidado en centros de enfermería especializado</u></p> <p>\$0 de copago por admisión o estadía</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).• 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	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none">• Suplidos médicos y quirúrgicos provistos normalmente por los SNFs.• Pruebas de laboratorio provistas normalmente por los 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.	
<p>Por lo general, usted recibirá su cuidado de enfermería especializada (SNF) en instalaciones en la red. No obstante, bajo las circunstancias indicadas a continuación, usted podría recibir su cuidado en una instalación que no esté en nuestra red de</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>usted. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas en persona. <u>Si usa tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o si está tomando un medicamento que puede verse alterado por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de consejería de cesación. Cubrimos dos intentos de consejería para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas en persona.</p> <p>Cesacion de fumar y de consumo de tabaco (consejería para dejar de fumar o de consumir tabaco) – Suplementario</p> <p>Además, usted es elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta nueve (9) sesiones adicionales de consejería para 	<p>consumo de tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Servicios suplementarios de consejería para la cesación de fumar y de consumo de tabaco</u></p> <p>\$0 de copago</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>dejar de fumar o de consumir tabaco.</p> <p><u>Abajo encontrará el beneficio cubierto según requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:</u></p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none">• Reglas de autorización pueden aplicar.	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Terapia de Ejercicio Supervisado (SET, por sus siglas en inglés)</p> <p>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.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones, durante un período de 12 semanas, si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa de SET tiene que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Consistir en sesiones que duren entre 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de adiestramiento terapéutico de ejercicios para PAD en pacientes con claudicación. ● Llevarse a cabo en una instalación ambulatoria del hospital o en la oficina del médico. ● Ser provistas por personal auxiliar calificado y adiestrado en terapias 	<p><u>Terapia de Ejercicio Supervisado (SET, por sus siglas en inglés) cubierto por Medicare</u></p> <p>\$0 de copago</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>de ejercicio para PAD para asegurar que los beneficios superen los daños.</p> <ul style="list-style-type: none">• Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o un enfermero especializado/enfermero especialista clínico quienes deben estar adiestrados en técnicas básicas y avanzadas de apoyo vital. <p>SET puede estar cubierto por más de 36 sesiones durante 12 semanas, para un total de 36 sesiones adicionales, durante un período extendido de tiempo si un proveedor de salud lo considera médicamente necesario.</p> <ul style="list-style-type: none">• Requiere referido de su PCP• Reglas de autorización pueden aplicar.	


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de transportación – Suplementarios</p> <p>Usted es elegible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta veinticuatro (24) viajes de una vía por año a lugares aprobados por el plan relacionados al cuidado de su salud, como: citas con un médico, para recibir tratamiento médico, para procedimientos médicos y/o para obtener resultados médicos o de estudios de laboratorio y medicamentos. • Reglas de autorización pueden aplicar. 	<p><u>Servicios suplementarios de transportación</u></p> <p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia son los servicios prestados para tratar una condición que no es una emergencia: una enfermedad imprevista, una lesión o una condición que requiera atención médica inmediata, pero, dadas sus</p>	<p><u>Servicios de urgencia cubiertos por Medicare</u></p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son i) necesita cuidado inmediato durante el fin de semana o ii) se encuentra temporariamente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener cuidado médico de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red.</p>	<p>\$0 de copago por visita a sala de urgencias</p>
<p>Este plan incluye beneficio suplementario para visitas de cuidado de emergencia / urgencia mundial, con un límite máximo del plan de \$500.</p>	<p><u>Servicios suplementarios de urgencia - mundiales</u></p> <p>\$75 de copago por visitas para cuidados de urgencias</p> <p>Si es admitido al hospital, no tendrá que pagar el copago.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Cuidado de la visión</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluyendo el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes rutinarios de la vista (refracción del ojo) para espejuelos o lentes de contacto. • Para personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma una vez al año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos que tienen 50 años o más e hispanoamericanos que tienen 65 años o más. 	<p><u>Servicios de visión cubiertos por Medicare:</u></p> <p><u>Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades</u> \$0 de copago</p> <p><u>Prueba de Glaucoma</u> \$0 de copago</p> <p><u>Espejuelos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas</u> \$0 de copago</p>


Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • 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). 	<p><u>Espejuelos y/o lentes de contacto suplementarios</u> \$0 de copago</p>
<p>Cuidado de la visión – Suplementario</p>	
<p>Además, usted es elegible para:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Un máximo de \$600 anuales de beneficio suplementario para ser usados para la compra de espejuelos (montura y lentes) y/o lentes de contacto. 	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>aprobado previamente mediante preautorización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. 	
<p> Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>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.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses que usted tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, déjele saber al consultorio de su médico que</p>	<p>No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la visita de prevención “Bienvenido a Medicare”.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>desea programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reglas de autorización pueden aplicar. 	

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

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
Servicios de Hospitalización	<p>Admisiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 • Código de Cubierta 110-\$4.00 • Código de Cubierta 120-\$5.00 • Código de Cubierta 130-\$8.00 <p>Neonatal:</p>	\$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 • Código de Cubierta 110-\$0 • Código de Cubierta 120-\$0 • Código de Cubierta 130-\$0 <p>➤ La cubierta comienza el primer día en que la cubierta de Medicare y la cubierta del <i>wrap around</i> 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.</p> <p>➤ Cubierta incluye:</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sala de aislamiento por razones médicas ○ 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. 	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<p>➤ 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 antihemofílico por autorización de un hematólogo certificado y complejo de activación de protrombina (Auto flex y Feiba) por autorización de un hematólogo certificado.</p>	
Hospitalización por Condiciones Mentales	<p>Admisiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierto 100-\$0 • Código de Cubierto 110-\$4.00 	\$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 120-\$5.00 • Código de Cubierta 130-\$8.00 <p>➤ La cubierta comienza el primer día en que la cubierta de Medicare y la cubierta del <i>wrap around</i> de Platino apliquen para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización <i>Medicare Advantage</i>, 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.</p>	
<p>Hospitalización por Trastorno por Uso de Sustancias</p>	<p>Admisiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 • Código de Cubierta 110-\$4.00 	<p>\$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 120-\$5.00 • Código de Cubierta 130-\$8.00 <p>➤ La cubierta comienza el primer día en que la cubierta de Medicare y la cubierta del <i>wrap around</i> de Platino apliquen para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización <i>Medicare Advantage</i>, pero incluido 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.</p>	de Puerto Rico.
Laboratorio y Laboratorios de Alta Tecnología	<p>Laboratorios clínicos y de alta tecnología**</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 • Código de Cubierta 110-\$0.50 	\$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierto 120-\$1.00 • Código de Cubierto 130-\$1.50 <p>**Aplica a pruebas diagnósticas solamente. Copagos no aplican a pruebas requeridas como parte de un servicio preventivo.</p> <p>➤ 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 <i>Medicare Advantage</i>, pero incluidos en el Plan de Salud del Gobierno / Estado.</p>	
EPSDT- Menor de 21 años	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierto 100-\$0 • Código de Cubierto 110-\$0 	\$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 120-\$0 • Código de Cubierta 130-\$0 <p>➤ Los requisitos de EPSDT no están cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan <i>Medicare Advantage</i>, pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>➤ Chequeos de EPSDT deben incluir todo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	de Puerto Rico.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<p>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 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</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	correspondiente de ASES).	
Servicios de Sala de Emergencias (ER)	<p>Visitas a la Sala de Emergencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierto 100-\$0 • Código de Cubierto 110-\$0 • Código de Cubierto 120-\$0 • Código de Cubierto 130-\$0 <p>Servicios de No-Emergencia provistos en una Sala de Emergencias de un hospital, por visita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierto 100-\$0 • Código de Cubierto 110-\$4 • Código de Cubierto 120-\$5 • Código de Cubierto 130-\$8 	\$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<p>Servicios de No-Emergencia provistos en una Sala de Emergencias independiente, por visita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierto 100-\$0 • Código de Cubierto 110-\$2 • Código de Cubierto 120-\$3 • Código de Cubierto 130-\$4 <p>Trauma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierto 100-\$0 • Código de Cubierto 110-\$0 • Código de Cubierto 120-\$0 • Código de Cubierto 130-\$0 	
Servicios Ambulatorios para Trastorno por Uso de Sustancias	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierto 100-\$0 • Código de Cubierto 110-\$1.00 	\$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 120-\$1.50 • Código de Cubierta 130-\$2.00 <p>➤ La cubierta comienza el primer día en que la cubierta de Medicare y la cubierta del <i>wrap around</i> de Platino apliquen para cualquier beneficio no cubierto por los beneficios suplementarios del plan de la Organización <i>Medicare Advantage</i>, 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.</p>	de Puerto Rico.
Servicios Ambulatorios de Salud Mental y Servicios Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 • Código de Cubierta 110-\$1.00 • Código de Cubierta 120-\$1.50 	\$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierto 130-\$2.00 <p>➤ 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 de su plan <i>Medicare Advantage</i>, pero incluidos en el Plan del Estado.</p>	
Visitas Ambulatorias a:	<p>Médico Primario (PCP), Especialista, Subespecialista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierto 100-\$0 • Código de Cubierto 110-\$1 • Código de Cubierto 120-\$1.50 • Código de Cubierto 130-\$2.00 	\$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<p>Servicios Pre-Natales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 • Código de Cubierta 110-\$0 • Código de Cubierta 120-\$0 • Código de Cubierta 130-\$0 	
Dejar de Fumar	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 • Código de Cubierta 110-\$0 • Código de Cubierta 120-\$0 • Código de Cubierta 130-\$0 <p>➤ Servicios para dejar de fumar no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan <i>Medicare Advantage</i>, pero incluidos en el Plan del Estado.</p>	\$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<p>➤ 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.</p>	
<p>Servicios de Maternidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierto 100-\$0 • Código de Cubierto 110-\$0 • Código de Cubierto 120-\$0 • Código de Cubierto 130-\$0 <p>Servicios de maternidad no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan <i>Medicare Advantage</i>, pero</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<p>incluidos en el Plan del Estado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 	
Médico y Quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierto 100-\$0 • Código de Cubierto 110-\$1.00 • Código de Cubierto 120-\$1.50 • Código de Cubierto 130-\$2.00 <ul style="list-style-type: none"> ➤ Servicios Médicos y Quirúrgicos no cubiertos por Medicare y/o los 	\$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<p>beneficios suplementarios de su plan <i>Medicare Advantage</i>, pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 completado el Formulario de Consentimiento de Esterilización. ➤ Cirugía Ambulatoria 	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
<p>Servicios de Visión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100- \$0 • Código de Cubierta 110- \$1.00 • Código de Cubierta 120- \$1.50 • Código de Cubierta 130- \$2.00 <p>➤ Servicios de visión no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan <i>Medicare Advantage</i>, pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>➤ 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</p>	<p>\$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<p>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.</p>	
Exámenes de Audición	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierto 100-\$0 • Código de Cubierto 110-\$1.00 	\$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 120-\$1.50 • Código de Cubierta 130-\$2.00 <p>➤ Servicios de audición no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan <i>Medicare Advantage</i>, pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>➤ Aparatos auditivos para beneficiarios mayores de 20 años están excluidos de la cubierta. Refiérase a EPSDT para los servicios de audición cubiertos.</p>	del Gobierno de Puerto Rico.
Terapia Física, Ocupacional y del Habla	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 • Código de Cubierta 110-\$1.00 • Código de Cubierta 120-\$1.50 	\$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 130-\$2.00 ➤ Cubierta sin límites bajo la Parte B de Medicare (seguro médico). No aplica dentro de la cubierta del <i>wrap around</i>. 	
Medicamentos Recetados***	<p>Preferidos (Niños (0-20)) (inclusive)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 • Código de Cubierta 110-\$0 • Código de Cubierta 120-\$0 • Código de Cubierta 130-\$0 <p>Preferidos (Adultos)****</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 • Código de Cubierta 110-\$1.00 	<p>Medicamentos Cubiertos</p> <p>- \$0 copago por un suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico</p> <p>- \$0 de copago por un suministro de tres meses (90 días) de</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 120-\$2.00 • Código de Cubierta 130-\$3.00 <p>No-Preferidos (Niños (0-20)) (inclusive)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 • Código de Cubierta 110-\$0 • Código de Cubierta 120-\$0 • Código de Cubierta 130-\$0 <p>No-Preferidos (Adultos)****</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 • Código de Cubierta 110-\$3.00 • Código de Cubierta 120-\$4.00 • Código de Cubierta 130-\$6.00 	<p>medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<p>Abuso de sustancias ambulatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierto 100-\$0 • Código de Cubierto 110-\$0 • Código de Cubierto 120-\$0 • Código de Cubierto 130-\$0 <p>***Los copagos aplican a cada medicamento incluido en la misma receta.</p> <p>****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.</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="574 390 1182 758">➤ Medicamentos recetados no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan <i>Medicare Advantage</i>, pero incluidos en el Plan del Estado. <li data-bbox="574 827 1133 1415">➤ Cualquier costo compartido no incluido dentro del diseño del beneficio de la Organización Medicare Advantage, según aprobado por CMS, incluyendo deducibles, coaseguros o brecha de cubierta que exceda el Plan del Estado. <li data-bbox="574 1541 1182 1911">➤ 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 	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<p>Formulario de Medicamentos Cubiertos del Plan de Salud del Gobierno. También tiene que cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El beneficio de farmacia para todos los planes <i>Medicare Advantage</i> proveerá un año completo de cubierta en su Formulario de Medicamentos de la Parte D aprobado por CMS, y estar sujeto a los copagos establecidos en la cubierta <u>Platino</u> como el único pago de bolsillo. ○ Los medicamentos que no están incluidos en el Formulario de Medicamentos de la Parte D del plan <i>Medicare Advantage</i> están sujetos al proceso de excepción para la posible aprobación de 	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<p>un medicamento no cubierto. Si se sostiene la denegación durante el proceso de excepción por parte de la Organización <i>Medicare Advantage</i>, incluyendo el proceso de apelación, pero el medicamento está cubierto por el Formulario del Plan de Salud del Gobierno, el medicamento será cubierto por el <i>wrap around</i>. El médico tiene que agotar las opciones disponibles en el formulario del plan <i>Medicare Advantage</i> en la categoría de medicamento necesaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Para que se consideren los medicamentos del “<i>wrap around</i>”, estos tienen que ser parte del Formulario del Plan de Salud del Gobierno. Todos los Formularios 	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	de medicamentos de las Organizaciones <i>Medicare Advantage</i> deben tener las mismas clases terapéuticas que el Formulario del Plan de Salud del Gobierno.	
Servicios Dentales Preventivos y Restaurativos	<p>Preventivo (Niño)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 • Código de Cubierta 110-\$0 • Código de Cubierta 120-\$0 • Código de Cubierta 130-\$0 <p>Preventivo (Adulto)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 • Código de Cubierta 110-\$1.00 • Código de Cubierta 120-\$1.50 • Código de Cubierta 130-\$2.00 <p>Restaurativo</p>	\$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierto 100-\$0 • Código de Cubierto 110-\$1.00 • Código de Cubierto 120-\$1.50 • Código de Cubierto 130-\$2.00 ➤ Servicios dentales no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan <i>Medicare Advantage</i>, pero incluidos en el Plan del Estado. ➤ Los siguientes beneficios están cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno: <ul style="list-style-type: none"> • Todos los servicios preventivos y correctivos para niños menores de veintiún (21) años, según ordenados por los requisitos de EPSDT; 	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<ul style="list-style-type: none"> • 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 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 	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<p>de la mordida, cada tres (3) años;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una (1) radiografía inicial intraoral/periapical; • Hasta cinco (5) radiografías intraorales/periapicales 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; • 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 	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<p>Afiliados menores de diecinueve (19) años de edad;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selladores de fisura, de por vida, para Afiliados hasta los catorce (14) años de edad, incluyendo molares deciduos 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	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierto 100-\$0 • Código de Cubierto 110-\$0 	\$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 120-\$0 • Código de Cubierta 130-\$0 ➤ Servicios de vacunación no cubiertos por: <ol style="list-style-type: none"> 1. Parte B de Medicare 2. Formulario de la Parte D de la Organización <i>Medicare Advantage</i> 3. Beneficios suplementarios del plan de la Organización <i>Medicare Advantage</i> 4. No cubiertos por el Programa de Vacunaciones del Departamento de Salud de Puerto Rico, pero incluidos en el Plan del Estado ➤ Vacunas 	del Gobierno de Puerto Rico.
Planificación Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 	\$0 por beneficio cubierto por el

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 110-\$0 • Código de Cubierta 120-\$0 • Código de Cubierta 130-\$0 <p>➤ Servicios de Planificación Familiar no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan <i>Medicare Advantage</i>, pero incluidos en el Plan del Estado.</p> <p>➤ 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</p>	Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<p>incluirán, como mínimo, los siguientes: educación y orientación; prueba de embarazo; evaluación para diagnosticar infertilidad; servicios de esterilización de acuerdo con 42 CFR 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 Medicamento Necesarios y aprobados</p>	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<p>mediante Preautorización o por medio de un proceso de excepción y que el Proveedor que lo receta pueda demostrar al menos una de las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
Otros Servicios	<p>Rayos X**</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 • Código de Cubierta 110-\$0.50 • Código de Cubierta 120-\$1.00 • Código de Cubierta 130-\$1.50 <p>Pruebas Diagnósticas Especiales **</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 • Código de Cubierta 110-\$1.00 • Código de Cubierta 120-\$1.50 • Código de Cubierta 130-\$2.00 <p>Terapia Respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 • Código de Cubierta 110-\$1.00 • Código de Cubierta 120-\$1.50 	\$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 130-\$2.00 <p>Cuidado Infantil Saludable</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 • Código de Cubierta 110-\$0 • Código de Cubierta 120-\$0 • Código de Cubierta 130-\$0 <p>Examen Físico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 • Código de Cubierta 110-\$1.00 • Código de Cubierta 120-\$1.50 • Código de Cubierta 130-\$2.00 <p>Cubierta Especial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierta 100-\$0 	

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	<ul style="list-style-type: none"> • Código de Cubierto 110-\$1.00 • Código de Cubierto 120-\$1.50 • Código de Cubierto 130-\$2.00 <p>** Solo aplica a pruebas diagnósticas. El copago no aplica a pruebas requeridas como parte de un servicio preventivo.</p>	

¹Medicare 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; (0-20 años de edad, inclusive);
- Mujeres embarazadas (durante el embarazo y el periodo de 60 días posparto);

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- 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
- No copago por servicios provistos por un proveedor participante de la red preferida. Farmacias y dentistas no son parte de la red de proveedores preferida.
- Visita no de emergencia a la sala de emergencias de un hospital puede eximirse del pago llamando

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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 01/01/2023.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de PMC Premier Platino?

Sección 3.1 Servicios no cubiertos por PMC Premier 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 edad¹

- Hepatitis B
- Rotavirus (RV)
- DTaP (Toxoides de difteria y vacuna pertussis acelular)
- HIB (Vacuna conjugada HIB)
- PCV13 Y PPSV23 (Vacunas antineumocócicas)
- Polio (IPV)
- Vacunas contra la influenza (Virus atenuado LAIV o la IIV)²
- MMR (sarampión, paperas y rubéola)
- Varicela (VAR)
- Hepatitis A

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- 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)
- Dengvaxia (Indicado para la prevención de la enfermedad del dengue causada por los serotipos 1, 2, 3 y 4 del virus del dengue, está aprobado para su uso en personas de 9 a 16 años de edad con infección previa por dengue confirmada por laboratorio y que viven en áreas endémicas.

2. Vacunas para adultos desde 21 años de edad^{3, *}**

- Vacuna Haemophilus influenza tipo b – Hib
- Vacuna contra la hepatitis A – HepA
- Vacuna contra la hepatitis A y hepatitis B – (HepA – HepB)
- Vacuna contra la hepatitis B – HepB
- Vacuna contra el virus papiloma humano – HPV
- Vacuna contra la influenza (inactivada) – IIV4
- Vacuna contra la influenza (viva, atenuada) – LAIV4
- Vacuna contra la influenza (recombinante) – RIV4

3. Vacunas para adultos desde 21 años de edad^{3, *}**

- Sarampión, paperas y rubeola – MMR

- Vacunas Antimeningocócicas serogrupos A, C, W, Y
 - MenACWY-D
 - MenACWY-CRM
 - MenACWY-TT
 - Vacunas Antimeningocócicas serogrupos B
 - MenB-4C
 - MenB-FHbp
 - Vacuna antineumocócica conjugada 15-valente – PCV15
 - Vacuna antineumocócica conjugada 20-valente – PCV20
 - Vacuna antineumocócica conjugada 23-valente – PPSV23
 - Toxoides tetánico y diftérico – Td
 - Toxoides tetánico y diftérico y vacuna contra la tos ferina acelular – Tdap
 - Vacuna contra la varicela – VAR
 - Vacuna contra el herpes zoster, recombinante – RZV
4. 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.
1. La Organización *Medicare Advantage* debe consultar los documentos de política pública sobre las guías de vacunación e inmunización detalladas 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 falta de evidencia de infección pasada. Vacunación recomendada para adultos con algún factor de riesgo adicional u otra indicación.

*** Referencia:

<https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/adult/adult-combined-schedule.pdf>

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

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (Exclusiones)

Esta sección le informa sobre los tipos de servicios que son excluidos”.

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

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), usted tendrá que pagar por ellos excepto en las condiciones específicas que se mencionan abajo. Aun si

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

recibe servicios excluidos en una instalación de emergencias, los servicios excluidos siguen siendo servicios no cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es si el servicio se apela y se decide: en la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación particular. (Para información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado para no cubrir su servicio médico, vaya al Capítulo 9, Sección 6.3 en este documento).

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos.		<ul style="list-style-type: none"> • 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.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cuidado de enfermería, a tiempo completo, en su hogar.	✓	
Servicio de ama de llaves incluyendo asistencia básica en el hogar, como limpieza ligera o preparación simple de alimentos.		Puede ser cubierto si es escogido bajo opción de beneficio MMM Elige.
Cuidado dental no rutinario		Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		Zapatos que son parte de una abrazadera para la pierna y están incluidos en los costos de ésta. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad diabética del pie.
Artículos personales en su habitación o centro de enfermería especializada, como teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en el hospital.		Solo se cubre cuando es médicamente necesario.

Capítulo 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

CAPÍTULO 5:

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

D

¿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 Cubierto* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no le aplique.**

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

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

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

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

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

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

Si la farmacia que ha 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 documento) o utilice el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. También puede encontrar esta información en nuestra página de Internet www.mmmpr.com.

¿Qué pasa si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suplen medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suplen medicamentos a residentes de una institución de cuidado prolongado (LTC, por sus siglas en inglés). Por lo general, una institución de cuidado prolongado (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad con el acceso a sus beneficios de Parte D en una institución de cuidado prolongado, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado.
- Farmacias que apoyan a los Servicios de Salud Indígenas/Tribales/Programa de Salud Indígena Urbano (no está disponible en Puerto Rico). Solo los

Indígenas Americanos o Indígenas de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red, excepto en casos de emergencia.

- Farmacias que despachan medicamentos restringidos por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) a algunos lugares o que requieren manejo especial, coordinación de proveedores, o educación sobre su uso. (**Nota:** Esta situación debe ocurrir rara vez).

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

Sección 2.3 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. Estos medicamentos están marcados en la Lista de Medicamentos como **medicamentos “MT”**.

El servicio de envío por correo de nuestro plan le permite ordenar un **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 documento.

Por lo general, una orden de una farmacia de órdenes por correo se entregará 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. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle si desea que le envíen, retrasar o detener la receta.

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

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

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

Si recibe envío automático por correo que no desea,

puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.4 Cómo 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).

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.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Vea la Sección 2.3 para obtener más información.

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

Su receta podría estar cubierta en algunas situaciones

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

Aquí 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).

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

- Si le van a administrar una vacuna médicamente necesaria, pero que no está cubierta por la Parte B de Medicare o algunos medicamentos cubiertos que se administran en el consultorio de su médico.

¿Cómo le solicita un reembolso al plan?

Si se ve obligado a utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente, tendrá que pagar el costo completo 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 cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare 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) para el diagnóstico o condición para el cual está siendo recetado.
- --o—Respaldado por algunas referencias, como el compendio *American Hospital Formulary Service Drug Information* y el Sistema de Información *DRUGDEX*.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”,

esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

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

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

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.

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 reglas para recomendarle a usted y a su proveedor utilizar los medicamentos de la manera más efectiva. Para verificar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, verifique la Lista

de Medicamentos. Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como un medicamento de mayor costo desde el punto de vista médico, las reglas del plan están diseñadas para recomendarle a usted y a su proveedor utilizar esa opción de menor costo.

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

Sección 4.2 ¿Qué clases de restricciones?

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

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que cubramos su medicamento. Comuníquese con Servicios al afiliado para saber qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cubierta para el 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).

Limitar los medicamentos de marca cuando hay versiones genéricas disponibles

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

Obtener aprobación del plan por adelantado

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

Probar un medicamento diferente primero

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

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

<h3>Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto del modo en que le gustaría que lo estuviera</h3>

Hay situaciones donde hay un medicamento recetado que 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.
- 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, estas son las opciones:

- Puede obtener un suministro temporero del 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 debe proporcionar un suplido temporero de un medicamento que ya esté tomando. Este suplido temporero le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en cubierta y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suplido temporero, el medicamento que ha estado tomando ya **no debe estar en la Lista de Medicamentos del plan** O **ahora debe estar restringido de alguna manera.**

- **Si es un afiliado nuevo**, cubriremos un suplido temporero de su medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación en el plan.

- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suplido temporero de su medicamento durante los primeros 90 días del año natural.
- Este suplido temporero será por un máximo de 30 días. Si su receta está hecha para menos días, permitiremos múltiples despachos hasta alcanzar un máximo de 30 días de medicamento. El medicamento tiene que obtenerse en una farmacia de la red. (Note que la farmacia de cuidado prolongado puede proveerle los medicamentos en menores cantidades para prevenir pérdidas).
- **Para quienes han estado afiliados al plan por más de 90 días y residen en una institución de cuidado prolongado y necesitan un suplido de inmediato:** Cubriremos un suplido de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está hecha para menos días. Esto es adicional al suplido temporero que se menciona en la situación anterior.
- **Para los afiliados que han sido dados de alta de un hospital, hospital psiquiátrico o de otra institución de cuidado a su hogar, o si tiene limitaciones para obtener sus medicamentos:** Cubriremos un 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 preguntas sobre suministro temporero, llame a Servicios al Afiliado.

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

1) Puede cambiar a otro medicamento

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

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que este 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. 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

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

restricción el próximo año, le diremos sobre cualquier cambio antes del 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 puede hacer algunos cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Añadir o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**

- **Añadir o quitar una restricción en la cubierta para un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

Tenemos que seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos del plan.

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

Información de cambios a la cubierta de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de Medicamentos, nosotros incluimos información sobre estos cambios en nuestra página de Internet. Actualizaremos regularmente nuestra Lista de Medicamentos en línea. A continuación, le indicamos los momentos en que recibirá notificación directa sobre cambios hechos a un medicamento que esté tomando.

Cambios en su cubierta de medicamentos que le afectan durante este año:

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

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

- Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si estamos reemplazándolo con una versión genérica recién aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido menor, con las mismas o menos restricciones. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o añadirle nuevas restricciones, o ambos, cuando se añada el genérico nuevo.
- Podemos no avisarle con anticipación antes de hacer el cambio – aunque esté tomando el medicamento de marca actualmente. 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.
- 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.

- **Medicamentos que no sean seguros y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos que hayan sido retirados del mercado**
 - De vez en cuando un medicamento puede establecerse como no seguro o puede ser removido del mercado por otra razón. Si esto sucede, sacaremos el medicamento de la Lista de Medicamentos inmediatamente. Si está tomando ese medicamento, le dejaremos saber enseguida.
 - Su proveedor también se enterará de este cambio y le ayudará a encontrar otro medicamento para su condición.
- **Otros cambios a medicamentos en la Lista de Medicamentos**
 - Una vez haya comenzado el año, podemos hacer cambios que afectan medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos añadir un medicamento genérico, que no es nuevo en el mercado, para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos o cambiar el nivel de costo compartido o establecer nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambos. De igual forma, podríamos hacer cambios basados en advertencias resaltadas en las etiquetas hechas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) o en nuevas guías clínicas reconocidas por Medicare.

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

- Para estos cambios, Tenemos que notificarle del cambio con, al menos, 30 días de anticipación o notificarle del cambio y despacharle en una farmacia de la red un suministro de 30 días del medicamento que está tomando.
- Después que reciba la notificación de cambio, usted debe dialogar con su proveedor para cambiar a otro medicamento que sí cubrimos o para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando.
- Usted o quien le recete puede solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriéndole el medicamento. Para información sobre cómo solicitar una excepción, vea el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no le afectan durante este año del plan: Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no están descritos arriba. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento, cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no lo afectarán durante el año del plan actual son:

- Aplicamos una nueva restricción en el uso de su medicamento.

- Removemos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si alguno de estos cambios sucede para un medicamento que está tomando (excepto 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.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año corriente del plan. Deberá ver la Lista de Medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el Período de Afiliación Abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

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

Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido por la Parte D, nosotros lo pagaremos o cubriremos. (Para información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9.) 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 medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Normalmente, nuestro plan no cubre usos para una indicación no autorizada. “uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso de un medicamento fuera de los indicados en la etiqueta según fueron aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).
- La cubierta para “uso para una indicación no autorizada” se permite solo cuando el uso está respaldado por algunas referencias, como *American*

Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

- Medicamentos sin receta (también conocidos como medicamentos fuera del recetario)
- Medicamentos para estimular la fertilidad.
- Medicamentos para el alivio de la tos o síntomas de catarro.
- Medicamentos para propósitos cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Medicamentos para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos 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 Despachando una receta

Sección 8.1 Presente su información de afiliado

Para que le despachen su receta, presente su información de afiliado del plan, la cual se encuentra en su tarjeta de afiliado del plan, en la farmacia de su preferencia dentro de la red. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan por nuestra parte del costo de su medicamento.

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

Si no tiene su información de afiliado a la mano cuando vaya a ordenar su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede conseguir la información necesaria, **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 recetados siempre y cuando los mismos cumplan con todas las reglas de cubierta descritas en este Capítulo.

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

Normalmente, una institución de cuidado prolongado (LTC) (como un hogar para ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que sule los medicamentos de los residentes. Si usted es residente de una institución de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia de la institución o la que utilice, siempre que esta sea parte de nuestra red de farmacias.

Verifique en su *Directorio de Proveedores y Farmacias* si la farmacia de su institución de LTC o la que utilice, es parte

de nuestra red. Si no lo es, o si usted necesita más información o asistencia, por favor comuníquese con Servicios al Afiliado. Si se encuentra en una institución de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de manera rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué pasa si es residente de una institución de cuidado prolongado (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera?

Vea la Sección 5.2 sobre un suplido temporero o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué pasa si 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 ciertos medicamentos (por ejemplo, un anti-náuseas, un laxante, un medicamento para el dolor o un medicamento contra la ansiedad) que no está cubierto por su hospicio ya que no está relacionado con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, nuestro plan tiene que recibir notificación, ya sea del médico que receta o de su proveedor de hospicio, que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en recibir estos medicamentos que deben ser cubiertos por nuestro plan,

solicite a su proveedor de hospicio o a su médico que notifique antes de que la farmacia despache su receta.

En el caso de que usted revoque su elección de hospicio o que sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos, según explica este documento. Para evitar cualquier demora en la farmacia cuando finaliza su beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas para la administración y uso seguro de medicamentos

<h3>Sección 10.1 Programas que ayudan a los afiliados a utilizar los medicamentos de manera segura</h3>
--

Revisamos el uso que nuestros afiliados les dan a sus medicamentos para asegurarnos de que estén obteniendo un cuidado apropiado y seguro.

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.

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

- 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.

<p>Sección 10.2 Programa de Manejo de Medicamentos para ayudar a los afiliados a utilizar medicamentos opioides de forma segura</p>
--

Tenemos un programa que ayuda a asegurarnos que nuestros afiliados utilicen de forma segura sus medicamentos recetados, opioides y otros medicamentos que son abusados con frecuencia. Este programa se llama Programa para el Manejo de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés). Si usted utiliza medicamentos opioides que recibe de varios doctores o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso

de medicamentos opioides es apropiado y médicamente necesario. Si decidimos, junto con sus médicos, que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepina recetados no es seguro, podremos limitar la forma en que puede recibir esos medicamentos. Si le ubicamos en nuestro DPM, las limitaciones pueden ser:

- Requerir que obtenga todos los despachos de medicamentos opioides o benzodiacepina de alguna(s) farmacia(s)
- Requerir que obtenga todas las recetas para medicamentos opioides o benzodiacepina de alguno(s) médico(s)
- Limitar cantidad que le cubriremos de medicamentos opioides o benzodiacepina

Si limitamos cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le informará sobre las limitaciones que entendemos le deben aplicar. Usted también tendrá la oportunidad de decidir cuáles médicos o farmacias prefiere utilizar, y sobre cualquier otra información que entienda es importante que nosotros sepamos. Luego de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cubierta para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si piensa que hemos cometido un error o está en desacuerdo con nuestra o está en desacuerdo con la limitación, usted y quien le recete tienen el derecho de apelar. Si apela, revisaremos su caso y le brindaremos una decisión. Si alguna parte de su solicitud

relacionada con las limitaciones que aplican a su acceso a medicamentos continúa denegada, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Vea el Capítulo 9 para información sobre cómo solicitar una apelación.

Usted no será ubicado en nuestro DMP si tiene condiciones particulares, como dolor activo relacionado a cáncer, o anemia de células falciformes, o si está recibiendo cuidado de hospicio, cuidado paliativo o de fin de vida, o si reside en una institución de cuidado prolongado, puede ser que el programa DMP no le aplique. .

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

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros afiliados con necesidades de salud complejas. Nuestro programa es conocido como Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa es voluntario y gratis. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros afiliados obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos afiliados que toman medicamentos para 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. Durante la evaluación, puede dialogar sobre sus medicamentos, sus costos o cualquier otro problema que esté confrontando o preguntas que pueda tener sobre sus medicamentos recetados y medicamentos fuera del recetario. Obtendrá un resumen escrito el cual contiene un plan de acción de medicamentos que recomienda, que incluye los pasos a seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma y por qué los toma. Además, los afiliados del programa MTM recibirán información sobre cómo descartar de forma segura medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Traiga su plan de acción y lista de medicamentos con usted a su visita o en cualquier momento en que vaya a hablar con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.

Si tenemos un programa que le convenga, le inscribiremos automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar en el programa, por favor, infórmenos y cancelaremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado.

CAPÍTULO 6:

*Lo que paga por sus medicamentos
recetados de la Parte D*

 **¿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 Cuidado* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede que no le aplique.**

SECCIÓN 1 Introducción

<p>Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cubierta de medicamentos</p>

Este capítulo hace énfasis en lo que paga por 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, necesita saber los medicamentos cubiertos, dónde obtener sus recetas y qué reglas debe seguir al obtener sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5, Secciones 1 a 4 explican estas reglas.

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

Hay diferentes tipos de costos de su bolsillo por medicamentos recetado de la Parte D. La cantidad que paga por un medicamento se llama “costo compartido” y hay **tres** modos mediante los cuales se le podría pedir que pague.

- Un “**deducible**” es la cantidad que paga 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**” es un por ciento del costo total que paga cada vez que obtiene una receta.

Sección 1.3 Cómo Medicare calcula sus costos de su bolsillo

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para los costos de su bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para mantener la cuenta de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo incluyen los pagos enumerados a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted siga las reglas para cubierta de medicamentos que se explicaron en el Capítulo 5):

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
 - La etapa de cubierta inicial
 - La 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.

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

- 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.

Pasando a la Etapa de Cubierta Catastrófica:

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) haya(n) pagado un total de \$7,400 en costos de su bolsillo dentro del año natural, pasará de la Etapa de Brecha de Cubierta y pasará a la Etapa de Cubierta Catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por el plan.
- Medicamentos comprados en farmacias fuera de la red del plan que no reúnan los requisitos del plan para ser cubiertos fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluyendo medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o por la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cubierta de Medicare.
- Pagos que usted realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos hechos por su plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras usted se encuentra en la Brecha de Cubierta.
- Pagos por sus medicamentos hechos por planes grupales de salud incluyendo los planes de salud patronales.
- Pagos por sus medicamentos hechos por algunos planes de seguros y programas de salud subsidiados

por el gobierno, como TRICARE y la Administración de veteranos.

- Pagos por sus medicamentos hechos por un tercero con obligación legal de pagar por los costos de sus recetas (por ejemplo, el Fondo de Seguro del Estado).

Recordatorio: si alguna otra organización como las que se mencionan arriba paga parcial o totalmente su costo de bolsillo por medicamentos, usted tiene que comunicárselo al plan, llamando a Servicios al Afiliado.

Cómo puede darle seguimiento al total de sus costos de bolsillo?

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de Explicación de Beneficios Parte D que le enviamos contiene la cantidad actualizada de sus costos de bolsillo. Cuando llegue a un total de \$7,400, este informe le indicará que ha salido de la Etapa de Brecha de Cubierta y 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 2 Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento

<h3>Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los afiliados de PMC Premier Platino?</h3>

Hay cuatro “etapas de pago por medicamentos” para su cubierta de medicamentos recetados de la Parte D bajo PMC Premier Platino. Cuánto paga depende de la etapa en la que usted se encuentre al momento de encargar su receta o pedir una repetición. Los detalles de cada etapa se encuentran desde la Sección 4 hasta la 7 de este Capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa del deducible anual

Etapas 2: Etapa de cubierta inicial

Etapas 3: Etapa de brecha de cubierta

Etapas 4: Etapa de cubierta catastrófica

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$0 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

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

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

Nuestro plan les da seguimiento a los costos de sus medicamentos recetados y a los pagos que ha hecho al obtener sus recetas o repeticiones en la farmacia. De esta manera, le podemos avisar cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la próxima. En particular, hay dos tipos de costos específicos que analizamos:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se llama su **“costo de bolsillo”**.
- Llevamos un registro de los **“costos totales por sus medicamentos”**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan por usted, más la cantidad pagada por el plan.

Si le despachan una o más recetas durante el mes anterior, nuestro plan preparará un resumen escrito llamado Explicación de Beneficios Parte D (conocido también como “EOB Parte D”). El EOB Parte D incluye:

- **Información para ese mes.** 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 e información sobre el aumento en precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de medicamentos recetados con menor costo.** Se incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamación de medicamentos recetados.

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

Para darles seguimiento a los costos de sus medicamentos y a lo que paga por los mismos, utilizamos los datos que recibimos de las farmacias. Usted nos puede ayudar a mantener su información correcta y al día de la siguiente forma:

- **Muestre su tarjeta de afiliado cada vez que obtenga una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que nos llegue información sobre las recetas que encargue y lo que pague.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Algunas veces, podría tener que pagar por el costo completo de un medicamento recetado. En estos casos, no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de sus costos de bolsillo, provéanos copias de sus recibos. A continuación, hay ejemplos en las que sería recomendable darnos copia de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios del plan.
 - Cuando haga un copago por medicamentos que se proveen bajo un programa de asistencia al paciente auspiciado por un fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que compre medicamento cubiertos en farmacias de la red o cuando, bajo circunstancias especiales, pague el precio completo por un medicamento cubierto.

Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo. Para instrucciones sobre cómo hacer esto, vea el Capítulo 7, Sección 2.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho por usted.** Los pagos hechos por ciertos individuos u organizaciones también se aplican a sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos hechos por un programa de asistencia de medicamentos para pacientes con SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas, se pueden aplicar a sus costos de bolsillo. Lleve un récord de estos pagos y envíelos a nuestras oficinas para estar al tanto de sus costos.
- **Verifique el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la EOB Parte D revísela para asegurarse de que la información esté completa y correcta. Si piensa que falta algo o si tiene preguntas, por favor, llámenos a Servicios al Afiliado. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para PMC Premier Platino

No hay deducible para PMC Premier 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

<h3>Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento dependerá del medicamento y en dónde le despachan su receta</h3>
--

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 dentro de la red.
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos recetas despachadas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Vea el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo cubriremos un medicamento con receta despachado en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de órdenes por correo del plan.

Para más información sobre las opciones de farmacias y el despacho de sus recetas, vea el Capítulo 5 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.

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 31 días)	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.

Puede haber ocasiones en las que a usted o a su médico le gustaría tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando esté probando un medicamento por primera vez). También puede solicitarle a su médico que le recete, y a su farmacia que le despache, una cantidad menor al suministro completo para un mes, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas reabastecimiento para diferentes recetas.

Si recibe el suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo, no tendrá que pagar el suministro del mes completo.

- Si es responsable del coaseguro, paga un por ciento del costo total del medicamento. Dado que el coaseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará por el número de días del medicamento que reciba, en lugar de todo el mes. Calcularemos la cantidad que pagará por día por su medicamento (la tarifa de costo compartido diaria) y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que reciba.

<p>Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento</p>
--

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también conocido como

“suministro extendido”). El suministro a largo plazo es hasta por 90 días.

La tabla a continuación muestra lo que paga cuando obtiene un suministro a largo plazo 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	Costo compartido en orden por correo
	(suministro para hasta 90 días)	(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 \$4,660

Usted permanece en la Etapa de Cubierta Inicial hasta que el costo total por los medicamentos recetados que haya obtenido y repetido llegue al **límite de \$4,660 que tiene la Etapa de Cubierta Inicial.**

La EOB Parte D que recibe le ayudará a llevar un récord de cuánto usted, el plan, y cualquier tercero, han pagado por sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,660 en un año.

Le avisaremos si llega al límite. Si alcanza esta cantidad, tendrá que salir de la Etapa de Cubierta Inicial y pasar a la Etapa de Brecha de Cubierta. Vea la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Gastos en la Etapa de Brecha de Cubierta

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 2023, esa cantidad es \$7,400.

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

	Costo compartido estándar al detal (en la red) (suministrado por hasta 30 días)	Costo compartido estándar al detal (en la red) (suministrado por hasta 90 días)	Costo compartido (a largo plazo) (suministrado por hasta 31 días)	Costo compartido en recetas por correo (suministrado por hasta 90 días)	Costo compartido fuera de la red (suministrado 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 (Sección 1.3).

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

Usted entra a la Etapa de Cubierta Catastrófica cuando sus costos de bolsillo lleguen al límite de \$7,400 por el año natural. Una vez llegue a la Etapa de Cubierta Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que termine el año natural.

Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las recibe

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Para más información, llame a Servicios al Afiliado.

Nuestra cubierta de vacunación de Parte D tiene dos partes:

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

El costo 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. (Vea la *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* en el *Capítulo 4*).
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede ver cuáles son estas vacunas

en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.

2. Dónde se le administra la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser despachada por una farmacia o provista por la oficina del médico.

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico puede administrar la vacuna en la farmacia u otro proveedor en la oficina del médico.

Lo que paga al momento en que le administran la vacuna de la Parte D puede variar de acuerdo con las circunstancias y en que etapa de cubierta de medicamentos se encuentra:

- En algunos casos, cuando le administren la vacuna tendrá que pagar el costo completo tanto por la vacuna como por el proveedor que le administra esta. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolsemos.
- En otras ocasiones, cuando reciba la vacuna solo pagará su parte del costo bajo su beneficio de la Parte D.

A continuación, hay tres situaciones en las que comúnmente se le podría administrar una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted obtiene su vacuna en una farmacia de la red. (Esta opción dependerá de

dónde usted viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Usted tendrá que pagarle a la farmacia la cantidad de su copago por la vacuna en sí y el costo por administrarle la vacuna
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Usted obtiene la vacuna de la Parte D en la oficina de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor que se la administrará.
- Usted entonces, puede pedirnos que le reembolsemos su parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará por la cantidad que pagó por la vacuna menos su copago (incluyendo la administración), menos la diferencia entre lo que el doctor cobra y lo que normalmente pagamos. (Si usted recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna en sí de la Parte D en su farmacia y la lleva a la oficina de su médico en donde se le administrarán.

- Usted deberá pagarle a la farmacia el copago correspondiente por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo completo por este servicio. que le reembolsemos por su parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará por la cantidad que cobró el médico que administró la vacuna menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si usted recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

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

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

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. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. 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.

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

También habrá ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo completo de los servicios médicos que haya obtenido o posiblemente por más de su costo compartido como se explica en este documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, debe enviarnos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, le notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

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 o urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos debe pedirle al proveedor que le envíe la factura al plan.

- Si paga la cantidad total cuando recibe el cuidado, pida que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.

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

- Usted 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. 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 proveedor menos de lo que el proveedor cobra por el servicio, incluso cuando hay una disputa y nosotros no pagamos algunos cargos del proveedor.

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

- 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 afiliación de una persona en el plan es retroactiva. (Esto quiere decir que el primer día de su afiliación ya pasó. La fecha de afiliación pudo haber ocurrido incluso el año 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 como recibos y facturas para que procesemos el reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando esto suceda, tendrá que pagar el

costo completo de su receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Vea el Capítulo 5, Sección 2.5 para el detalle de estas circunstancias.

5. Cuando 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 medicamento 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.

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

- 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 documento tiene información sobre cómo radicar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea sacar una copia de su factura y de los recibos para su archivo. **Debe enviarnos su reclamación en un período de 12 meses** a partir de la fecha en la que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurar que nos está facilitando toda la información necesaria para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamación para hacer una solicitud de pago.

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

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. (Nombre del proveedor, teléfono, servicio y fecha del servicio, evidencia de pago, número de afiliado).
- Puede descargar una copia del formulario a través de nuestra página de Internet, www.mmmpr.com o llame a Servicios al Afiliado para solicitarlo.

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

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

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.

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

- Si decidimos que el cuidado médico o medicamento está cubierto y que usted siguió todas las reglas, le pagaremos nuestra parte del costo por el servicio. 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.
- 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. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le estamos enviando el pago 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 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. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes.

Para detalles sobre cómo presentar una apelación, vaya al Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales como afiliado del plan

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

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con diversidad cultural y orígenes étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, proveer servicios de traducción, de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene disponible servicios de intérprete gratuitos para responder preguntas de afiliados 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 adecuado para usted, por favor comuníquese con Servicios al Afiliado.

Nuestro plan está obligado a brindar a las mujeres afiliadas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de cuidado médico preventivo y de rutina de la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán el cuidado necesario. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, por favor llame para presentar una querrela con Servicios al Afiliado. 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 1-800-368-1019 ó TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1 *We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than Spanish, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)*

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in Spanish, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-

network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with Member Services. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights.

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

Usted tiene derecho a escoger un proveedor de cuidado primario (PCP) en la red del plan para que provea y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a visitar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin un referido.

Usted 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 le dice qué 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.
- Usted tiene derechos relacionados con la 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.

- Excepto en algunas circunstancias que se detallan a continuación, si queremos ofrecer su información de salud a alguien que no sea un proveedor suyo o que esté pagando por su cuidado, *tenemos que obtener un permiso por escrito de usted* o alguien a quien usted le ha asignado poder legal primero para tomar decisiones en representación suya.
- Hay algunas excepciones que no requieren su permiso por escrito de antemano. Estas excepciones están permitidas o son requeridas por ley.
 - Se nos requiere conceder acceso a su información de salud a las agencias gubernamentales que estén supervisando la calidad del cuidado.
 - Como 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; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no se comparta.

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.

Notificación de Prácticas de Privacidad de MMM Healthcare, LLC.

**Esta Notificación es efectiva desde el 1 de Julio de
2018**

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU
INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE
SER UTILIZADA O DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE
TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR,
REVISELO CUIDADOSAMENTE.**

**MMM Healthcare, LLC. (MMM) está comprometida en
proteger la privacidad de sus expedientes médicos y su**

información de salud personal. MMM está requerida por ley a mantener la privacidad de su información personal y proveerle a usted una notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad respecto a su información de salud personal. En caso de que ocurra una violación a la seguridad de su información protegida de salud, usted tiene derecho a ser notificado. Esta notificación describe cómo MMM usa y divulga su información de salud personal. También describe sus derechos y nuestros deberes respecto a su información de salud personal. MMM sigue los deberes y prácticas de privacidad notificados en este aviso y no usará ni compartirá su información personal de salud de otra manera que la descrita en esta notificación a menos que usted lo autorice por escrito. Usted puede encontrar copia de esta notificación en nuestra página web www.mmmpr.com.

¿Qué es “información de salud personal”?

- Son los datos que usted nos dio cuando se afilió a MMM incluyendo sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le dan derechos relacionados a obtener información y controlar cómo su información de salud es usada. MMM le entrega una notificación escrita que se conoce como Notificación de Prácticas de Privacidad que contiene información sobre:

- cómo MMM protege la privacidad de su información de salud
- cómo MMM usa o divulga su información de salud
- cómo usted puede ver la información en sus archivos

¿Cómo MMM Protege la Privacidad de su Información de Salud?

Su información de salud está en un registro médico que es propiedad de MMM.

- MMM se asegura que personas no autorizadas, no puedan ver o cambiar sus expedientes.
- MMM cuenta con un protocolo de seguridad en todas las áreas y equipos en los que podría encontrarse información de salud de los afiliados.
- Generalmente hablando, MMM necesita de usted o su representante legal una autorización por escrito antes de que MMM divulgue su información de salud a cualquiera que no esté proveyendo o pagando por su cuidado.
- La ley permite ciertas excepciones que no requieren que MMM obtenga primero su permiso por escrito.
 - Por ejemplo, se requiere que MMM comparta su información de salud con agencias de gobierno que están supervisando la calidad de su cuidado.

MMM utiliza información de salud sobre usted con el propósito de proveerle tratamiento, para obtener el pago por el tratamiento provisto, para propósitos administrativos y

para evaluar la calidad del cuidado recibido. Su información de salud está contenida en un registro médico que es propiedad física de MMM.

¿Cómo MMM Puede Usar o Divulgar su Información de Salud?

Su información de salud puede ser utilizada o divulgada para uno o más de los siguientes propósitos **sin requerir su autorización**:

Para proveerle tratamiento u otros servicios, asegurando que todos los proveedores de servicios de salud que atienden su tratamiento tienen acceso a la información específica y de primera mano que se encuentra en su expediente, de manera que su cuidado sea coordinado correctamente.

Para obtener el pago, tratamiento y servicios que usted haya recibido. Por ejemplo, una factura que se le envíe a usted o a quien pague por sus servicios, como una compañía de seguros o un plan médico. La información en la factura puede tener información que le identifique a usted, su diagnóstico, tratamiento, medicamentos y otros datos.

Para Operaciones de Cuidado de Salud: Por ejemplo, su información de salud puede ser divulgada a miembros del personal médico, personal de manejo de riesgos o mejoramiento de la calidad y otros para:

- evaluar el desempeño de nuestro personal
- evaluar la calidad del cuidado y resultados en su caso y casos similares
- evaluar cómo mejorar nuestros servicios y facilidades
- determinar cómo mejorar continuamente la calidad y efectividad del cuidado que brindamos

Para proveerle recordatorio de citas o información sobre tratamientos alternativos, o cualquier otro beneficio o servicio relacionado con la salud que puede interesarle.

Requisitos por Ley: MMM puede usar o divulgar información de salud acerca de usted según lo requiera la ley. Por ejemplo:

- Para procedimientos judiciales y administrativos de conformidad con la autoridad legal
- Para reportar información relacionada con víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Para asistir oficiales de ley en sus deberes de hacer cumplir la ley

Salud Pública: MMM puede usar o divulgar su información de salud para actividades de salud pública, como ayudar a las autoridades de salud pública u otras autoridades legales a prevenir o controlar una enfermedad, heridas, incapacidad o para otras actividades de supervisión de salud pública.

Además, MMM puede usar o divulgar su información de salud para propósitos de:

Funciones Gubernamentales Especializadas, como la protección de oficiales públicos o para reportar a varias ramas del servicio militar.

Para cumplir leyes y regulaciones relacionadas con Compensación a Empleados.

Salud y Seguridad: para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad suya o de cualquier otra persona conforme a las leyes aplicables.

A Familiares, Amigos u Otras Personas Involucradas en su Cuidado de Salud: MMM puede divulgar su información de salud a un miembro de su familia, o un amigo, o cualquier otra persona identificada por usted que esté involucrada con su cuidado, o que sea responsable con el pago de sus servicios médicos. Antes de la divulgación, MMM le brindará la oportunidad de objetar la divulgación. En caso de una emergencia, o si no puede aceptar u objetar a la divulgación, MMM utilizará su juicio profesional para determinar si la divulgación es en su mejor interés y divulgará solo la información de salud protegida que sea directamente relevante a la participación de la persona en su cuidado o en el pago de cuidado.

Difuntos: MMM puede usar o divulgar información de salud a directores funerales o jueces para permitirles llevar a cabo sus deberes legales.

Donación de Órganos: MMM puede usar o divulgar información de salud para propósitos de donación de órganos de ser necesario para llevar a cabo la donación.

Investigación: MMM pudiera divulgar información de salud para propósitos de investigación.

Récords de Inmunización de Estudiantes: MMM puede divulgar prueba de inmunización a una escuela si la ley le requiere a la escuela tener dicha evidencia antes de la admisión y MMM documenta el acuerdo de divulgación de usted o el padre, tutor o persona actuando como custodio del menor.

Divulgaciones al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS): MMM debe divulgar su información protegida de salud al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para determinar si MMM cumple con los requisitos de HIPAA y fines de cumplimiento.

Otros Usos

Notas de Sicoterapia: MMM sólo puede compartir información sobre notas de sicoterapia con su autorización escrita, excepto si el uso es para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud; por el originador de las notas para su tratamiento; cuando la divulgación es como parte de un programa de práctica de estudiantes o

practicantes bajo la debida supervisión para el adiestramiento de sus habilidades de consejería, y como parte de una defensa ante un pleito legal. También se puede divulgar cuando la ley lo requiera.

Información Genética: MMM no puede usar o divulgar información genética para propósitos de suscripción. No obstante, MMM podría utilizar información genética, por ejemplo, para determinar la necesidad médica cuando usted solicita un beneficio bajo el plan o cubierta.

Recaudación de Fondos: Únicamente con su permiso, MMM puede divulgar su información de salud para actividades de recaudación de fondos. Usted puede solicitarnos en cualquier momento que no le enviemos dichas notificaciones.

Mercadeo: MMM podrá contactarlo sin su autorización para: 1) proveerle información sobre productos o servicios relacionados a su tratamiento o para realizar nuestras funciones administrativas sobre el cuidado de la salud; 2) proveerles un regalo de valor nominal; 3) para comunicaciones cara a cara; 4) para informarle sobre programas gubernamentales que pudieran ser de su interés y 5) para enviarle recordatorios sobre medicamentos u otras comunicaciones sobre el uso de un medicamento que usted esté tomando. Si MMM recibiera remuneración financiera por realizar una comunicación de mercadeo, MMM necesita su autorización antes de enviar dicha comunicación.

Venta de Información Protegida de Salud: MMM no puede vender su información protegida de salud a menos que MMM reciba una autorización escrita de usted. Propósitos de investigación es un ejemplo de venta de información protegida de salud.

Otros usos y divulgaciones podrán realizarse solamente con su autorización escrita; y usted podrá revocar dicha autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida que MMM haya tomado acción en dichos usos y divulgaciones.

Usted tiene el derecho a:

- Inspeccionar sus registros médicos mantenidos en el plan.
- Saber cómo MMM ha compartido su información con otros.
- Obtener una copia de sus expedientes, usualmente dentro de un término de treinta (30) días de su solicitud. MMM está autorizado a solicitarle un pago por hacer estas copias.
- Pedir a MMM que haga correcciones o añadamos a sus registros médicos sometiendo una solicitud para enmendar su PHI completando el formulario de solicitud, disponible en los Centros de Servicios al Afiliado de MMM. Si nos solicita esto, MMM considerará su solicitud y decidirá qué cambios se deben hacer.

- Conocer cómo su información de salud ha sido compartida con otros para cualquier propósito que no sea rutinarios. Por ejemplo, puede preguntar a quien se ha compartido su información de salud protegida durante un periodo de tiempo específico. Puede solicitar un informe de divulgaciones de su información de salud completando un formulario de solicitud, disponible en los Centros de Servicios al Afiliado de MMM.
- Solicitar una restricción de su información de salud, aunque MMM no está requerido a aceptar dicha solicitud. Si MMM acepta la restricción, cumplirá con la misma, excepto para proporcionarle un tratamiento de emergencia cuando se necesite la PHI restringida para brindar dicho tratamiento. Puede solicitar una solicitud de restricción de su PHI completando un formulario de solicitud, disponible en los Centros de Servicio al Afiliado de MMM.
- Recibir comunicaciones confidenciales sobre información de salud bajo una forma en específico o en una ubicación específica. Por ejemplo, usted puede solicitarle a MMM que le envíe información de salud a una cuenta de correo electrónico en particular o a su dirección de trabajo. MMM cumplirá con la solicitud razonable presentada por escrito con las especificaciones de 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 Prácticas de Privacidad si así lo solicita, aunque anteriormente haya accedido a recibirla por correo electrónico.

Se requiere que MMM cumpla con los términos de esta notificación. Si MMM implementa un cambio a las prácticas de privacidad descritas en esta notificación antes de emitir una notificación revisada, MMM se reserva el derecho de cambiar los términos de esta notificación y hacer las nuevas disposiciones efectivas para toda la información protegida de salud que MMM mantiene. MMM publicará cualquier cambio realizado a esta notificación en la página web de la compañía y proveerá copia de la notificación o información acerca del cambio material y como obtener la notificación revisada en el próximo envío de correo masivo anual.

Quejas

Usted tiene derecho a presentar quejas con MMM y con el Departamento de Servicios de Salud, Oficina para los Derechos Civiles, llamando al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o su oficina local para los Derechos Civiles. 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), 711 (TTY audio impedidos), lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

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

Como afiliado de PMC Premier Platino, usted tiene derecho a que le proporcionemos varios tipos de información.

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, por favor, llame a Servicios al Afiliado:

- **Información sobre nosotros.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de la compañía.
- **Información sobre nuestros proveedores en la red y farmacias en la red.** Usted tiene derecho a solicitarnos información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias en nuestra red y cómo les pagamos.
- **Información sobre su cubierta y las reglas que debe seguir para utilizarla.** Los Capítulos 3 y 4 ofrecen información relacionada a los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 tratan sobre la cubierta de medicamentos recetados de la Part D.
- **Información que explica por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 brinda información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cubierta está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y 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. 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.** Usted tiene derecho a que se le expliquen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, sin importar su costo o si el plan las cubre o no. También incluye el que se le oriente sobre programas que ofrezca el plan para ayudar a los afiliados a manejar y utilizar sus medicamentos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre cualquier riesgo relacionado con su cuidado. Se le debe notificar por adelantado si algún cuidado médico o tratamiento propuesto es parte de un experimento investigativo. Usted tiene la opción de negarse a cualquier tratamiento experimental.

- **El derecho a decir “no”**. Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otra instalación médica, aun cuando su médico le aconseje lo contrario. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Claro está, si usted rehúsa un tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, asume total responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar sus propias decisiones médicas

A veces, a causa de accidentes o enfermedades graves, las personas pierden la capacidad de tomar decisiones propias sobre su cuidado. Usted tiene el derecho a expresar lo que quiere que suceda si llegara a encontrarse en esta situación. Esto significa que, *si usted lo desea*, puede:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su cuidado de salud en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

En estos casos, los documentos legales que puede utilizar para comunicar sus instrucciones de antemano se llaman “**directrices anticipadas**”. Hay diferentes tipos de directrices anticipadas y diferentes nombres para dichos documentos. Los documentos conocidos como “**testamento en vida**” y “**poder notarial para el cuidado de la salud**” son ejemplos de directrices anticipadas.

Si desea usar una “directriz anticipada” para dar instrucciones, vea a continuación lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Usted puede obtener una directriz anticipada, un formulario a través de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. A veces, puede obtener formularios de directrices anticipadas a través de organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede pedirnos este formulario llamando a Servicios al Afiliado.
- **Llénelo y fírmelo.** No importa dónde usted obtenga el formulario, recuerde que es un documento legal. Debe considerar la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregar copias del formulario a su médico y a quien usted haya nombrado en el mismo como la persona autorizada que pueda tomar decisiones por usted si usted no puede. Tal vez quiera darles copias a sus amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en su hogar.

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

- El hospital le preguntará si ha firmado una directriz anticipada y si la tiene consigo.
- Si no ha firmado una directriz anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es usted quien decide si quiere llenar una directriz anticipada (incluso en caso de que quiera firmar una si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede denegarle cuidado de salud o discriminar en su contra por haber firmado o no una directriz anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus directrices?

Si usted ha firmado una directriz anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones en la misma, puede radicar una querrela ante el Departamento de Salud.

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

De tener cualquier problema, inquietud o queja y necesita solicitar cubierta o hacer una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica qué puede hacer.

Independientemente de lo que haga – pedir una decisión

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

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si 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, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o al 1-800-537-7697 para usuarios de TTY, o llame a su oficina local de Derechos Civiles.

¿Se trata de algo diferente?

Si cree que le han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, *y no se trata de discrimen*, puede obtener ayuda para atender su problema:

- Puede **llamar a Servicios al Afiliado.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para detalles vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- O, puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede llamar a **Servicios al Afiliado**.
- Puede llamar al **SHIP**. Para detalles 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. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene varias responsabilidades como afiliado del plan

Lo que tiene que hacer como afiliado del plan está detallado a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Afiliado.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener dichos servicios.** Utilice esta Evidencia de Cubierta para

enterarse de qué incluye su cubierta y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.

- Los Capítulos 3 y 4 le dan más detalles sobre sus servicios médicos.
- Los Capítulos 5 y 6 le dan detalles sobre su cubierta de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cubierta de seguro de salud o cubierta de medicamentos recetados además de la de nuestro plan, se requiere que nos lo informe.** El Capítulo 1 habla sobre la coordinación de estos beneficios.
- **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 ayudarle a obtener el mejor cuidado, hable con sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que sus médicos y usted hayan acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos tienen conocimiento de todos los medicamentos que está

- tomando, incluyendo los que son sin receta, vitaminas y suplementos.
- Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas y entenderlas.
 - **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted se comporte de una manera que facilite el buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
 - **Pague lo que deba.** Como afiliado del plan, usted es responsable por los siguientes pagos:
 - 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.
 - 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 continuar pagando la cantidad adicional directamente al gobierno para permanecer en nuestro plan.
 - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio,** debemos saberlo para poder mantener su expediente de afiliación al día y saber cómo comunicarnos con usted.

- Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo afiliado de nuestro plan.
- Si se muda, también es importante que se lo comunique a la Administración del Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

Sección 2.1 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)

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 problemas, debe usar el **proceso para determinaciones de cubierta y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**; también conocido como querellas.

Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y fechas límites que tanto nosotros como usted tenemos que seguir.

La Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar y qué debe hacer.

Sección 1.2 ¿Y qué hay con los términos legales?

Hay términos legales para algunos procedimientos, reglas y tipos de fechas límites que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son comunes para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de

entender. Para hacer las cosas más simples, este capítulo:

- Usa palabras sencillas en lugar de algunos términos legales. Por ejemplo, este Capítulo generalmente dice “dar una queja” en vez de “radicar una querrela”; “decisión de cubierta” en vez de “determinación 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) el conocer los términos legales correctos. Saber cuáles términos usar le ayudará a comunicarse con exactitud para conseguir la ayuda o información apropiada para su situación. Para ayudarle a saber cuáles términos podría usar, incluimos los términos legales al explicar detalles sobre cómo manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Aun si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con Servicios al Afiliado para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, usted

también podría querer ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nuestro plan. A continuación hay dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés)

Cada estado tiene un programa gubernamental que cuenta con consejeros adiestrados. El programa no está vinculado con nuestro plan ni con otras compañías de seguros o planes de salud. Los consejeros de este programa le pueden ayudar a entender cuál proceso debe utilizar para manejar el problema que tenga. También le pueden contestar sus preguntas, dar más información y orientar sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y el enlace de la página electrónica en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

Usted también puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

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

- También puede visitar la página de Internet de Medicare (www.medicare.gov).

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

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

	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 querrela 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

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

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

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.

¿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 están cubiertos o no, el modo en que están cubiertos, y problemas relacionados con el pago por cuidado médico o medicamentos recetados).

Sí.

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

No.

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

<h3>Sección 5.1 Solicitando decisiones de cubierta y haciendo apelaciones: el panorama completo</h3>

Decisiones de cubierta y apelaciones tiene que ver con problemas relacionados con sus beneficios y cubierta, incluyendo pagos. Este es el proceso que utiliza para manejar situaciones como, por ejemplo, si algo está cubierto o no, y el modo en que está cubierto.

Solicitando decisiones de cubierta antes de recibir servicios

Una decisión de cubierta es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cubierta o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cubierta cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, su médico de la red toma una decisión de cubierta (favorable) para usted cada vez que

recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red le refiere a un especialista médico. Usted o su médico también puede contactarnos y pedir por una decisión de cubierta si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular, o rechaza proveer el servicio médico que usted piensa que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos una decisión de cubierta para usted. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cubierta, lo que significa que no la revisaremos. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cubierta, enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no es cubierto o ya no es cubierto por Medicare para usted. Si usted esta en desacuerdo con esta decisión de cubierta, puede realizar una apelación.

Haciendo una apelación

Si tomamos una decisión de cubierta, ya sea antes o después de recibir el servicio, y usted no está satisfecho puede “apelarla”. Una apelación es una manera formal de pedirnos que reevaluemos y cambiemos una decisión de cubierta que hayamos tomado. En algunas

circunstancias, que se comentarán más adelante, usted puede solicitar una apelación acelerada o "decisión rápida de cubierta". Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto se llama una Apelación en Nivel 1. En esta apelación, nosotros revisamos la decisión de cubierta que tomamos para verificar que hayamos seguido las reglas correctamente. Cuando completemos la evaluación, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si decimos que no a toda o parte de su apelación en Nivel 1, su apelación pasa automáticamente al Nivel 2. La apelación en Nivel 2 se lleva a cabo por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- Su caso se enviará automáticamente a la organización de revisión independiente para una

apelación de Nivel 2; no tiene que hacer nada. La organización de revisión independiente le enviará por correo un aviso para confirmar que recibió su apelación de 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. (La Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2 Cómo conseguir ayuda si está solicitando una decisión de cubierta o haciendo una apelación

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

- Puede **llamarnos a Servicios al Afiliado**
- Puede **obtener asistencia gratis** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud
- **Su médico u otro proveedor de salud puede hacer la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios al Afiliado y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible

en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ó en nuestra página web en <https://www.mmmpr.com/afiliados/nombramiento-de-representante>)

- 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 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. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico u otro médico que recete puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que le represente.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cubierta o hacer una apelación.

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

- Si quiere que un amigo, pariente, u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Afiliado y solicite el formulario “Nombramiento de Representante”. (El formulario también está disponible en la página de Internet de Medicare, en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestra propia página, en <https://www.mmmpr.com/afiliados/nombramiento-de-representante>). El formulario le da a esa persona permiso para actuar en su nombre. El mismo debe estar firmado por usted y por la persona que usted quiere que lo represente. Debe entregarle al plan una copia del formulario firmado.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores al recibo de su solicitud de apelación (nuestro tiempo límite para tomar una decisión sobre su apelación), se desestimará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado, o conseguir el nombre de uno a través del colegio de abogados en su área u otro servicio de referencia. También existen grupos que le proveerán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar un abogado** para pedir ningún tipo de decisión de cubierta o para apelar una decisión.

Sección 5.3 ¿Cuál sección de este capítulo le brinda detalles sobre <u>su</u> situación?

Hay cuatro diferentes situaciones que tienen que ver con decisiones de cubierta y apelaciones. Ya que cada situación tiene reglas y fechas límites distintas, le daremos los detalles para cada una en secciones separadas:

- **Sección 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” (*Esta sección 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. También puede obtener información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

SECCIÓN 6 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cubierta o hacer una apelación de una decisión de cubierta

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 su cuidado médico y servicios. Estos son los beneficios que se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. Para simplificar, por lo general nos referimos a “cubierto de cuidado médico” o “cuidado médico” lo cual incluye artículos y servicios médicos, al igual que medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, aplican reglas diferentes para una solicitud para un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, le explicaremos cómo las reglas para medicamentos recetados de la Parte B son distintas a las reglas que aplican para artículos y servicios médicos.

Esta sección le dice qué hacer si se encuentra en una de las cinco situaciones a continuación:

1. Usted no está obteniendo un cuidado médico específico que desea, y piensa que nuestro plan cubre este cuidado. **Solicite una decisión de cubierta. Sección 6.2.**
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. **Solicite una decisión de cubierta.**

Sección 6.2.

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.

Hacer una apelación. Sección 6.3.

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.

Envíenos la factura. Sección 6.5.

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. **Hacer una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cubierta que se va a suspender es para cuidado en un hospital, cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o cuidado de hospicio, o servicios en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (CORF, por sus siglas en inglés), tiene que leer las Secciones 8 y 9 en este capítulo. Reglas especiales aplican a estos tipos de cuidado:

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cubierta

Términos Legales

Cuando una decisión de cubierta tiene que ver con su cuidado médico, se llama **“determinación de la organización”**.

A una “decisión rápida de cubierta” se le llama una **“decisión acelerada (expedita)”**.

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

Una “decisión estándar de cubierta” normalmente se hace dentro de 14 días o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una “decisión rápida de cubierta” generalmente se hace dentro de 72 horas, para servicios médicos, o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cubierta, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo puede solicitar cubierta para el cuidado médico que aún no ha recibido.*
- *Puede obtener una decisión rápida de cubierta solo si el uso de la fecha límite estándar podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.*

- **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión rápida de cubierta”, aceptaremos automáticamente darle una decisión rápida de cubierta.**
- **Si solicita una decisión de cubierta rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cubierta rápida.** Si no aprobamos una decisión rápida de cubierta, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos la fecha límite estándar
 - Explica que si su médico solicita la decisión rápida de cubierta, automáticamente le daremos una decisión rápida de cubierta.
 - Explica que puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra elección de darle una decisión estándar de cubierta en lugar de la decisión rápida de cubierta que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cubierta o una decisión rápida de cubierta.

- Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para solicitar que autoricemos o cubramos el cuidado médico que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cubierta de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones estándar de cubierta, utilizamos las fechas límites estándar.

Esto quiere decir que le estaremos dando una respuesta dentro de 14 días después de recibir su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta dentro de **72 horas** luego de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si usted pide más tiempo, o si necesitamos información adicional que le podría beneficiar, **podríamos tomar 14 días adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si entiende que no debemos tomar días adicionales puede presentar una “queja rápida”. Responderemos a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar quejas es diferente al proceso para decisiones de cubierta y apelaciones. Vea la Sección 11 de este capítulo para información sobre las quejas).

Para las decisiones rápidas de cubierta usamos un marco de tiempo acelerado

Una decisión rápida de cubierta significa que le contestaremos dentro de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le contestaremos dentro de 24 horas

- **Sin embargo**, si usted pide más tiempo, o si necesitamos tiempo adicional que le podría beneficiar, **podríamos tomar 14 días adicionales**. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si entiende que *no* debemos tomar días adicionales puede presentar una “queja rápida”. (Vea la Sección 11 de este capítulo para información sobre las quejas). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una notificación escrita que explique por qué le dijimos que no.

Paso 4: Si decimos que no a su solicitud de cubierta médica de cuidado médico, puede apelar.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cubierta de cuidado médico que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cubierta de cuidado médico se llama una **“reconsideración”** por parte del plan.

Una “apelación rápida” también se denomina **“reconsideración acelerada”**.

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

Una “apelación estándar” generalmente se realiza dentro de los 30 días. Una “apelación rápida” generalmente se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cubierta de cuidado que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, se le daremos.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que aparecen en la Sección 6.2 de este capítulo para obtener una “decisión rápida de cubierta”.

Paso 2: Solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Tiene que hacer su solicitud de apelación a más tardar 60 días naturales** después de la fecha que aparece en la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra decisión sobre su solicitud para una decisión de cubierta. Si se le pasa la fecha límite y tiene una buena razón para haberla perdido, explíquenos la razón al momento de hacer la apelación. Podríamos darle más tiempo para hacer su apelación. Ejemplos de buenas razones pueden incluir una enfermedad seria que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para hacer una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted o su médico añaden más información para respaldar su apelación.**

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.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando evaluamos su apelación, analizamos cuidadosamente toda la información. Verificamos que hayamos seguido todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente comunicándonos con usted o su médico.

Fechas límites para una apelación “rápida”

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **a más tardar 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su salud requiere que así lo hagamos.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, podríamos **tomar hasta 14 días naturales adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas (o hacia el final del período extendido de tiempo si tomamos días adicionales), se nos requiere enviar su solicitud automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será evaluada por una organización de revisión independiente. Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proveer la cubierta a la que accedimos a más tardar 72 horas luego de recibir su apelación.

- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límites para una apelación “estándar”

- Para apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de 30 días naturales** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B que aún no lo ha recibido, 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 tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para llegar a una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si entiende que **no** debemos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presente una queja rápida,

contestaremos a la misma dentro de 24 horas. (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 (o para el final del período extendido de tiempo), enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación donde una organización de revisión independiente la evaluará. Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó,** debemos autorizar o proveer la cubierta a 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, 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

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.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

- 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

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

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 **424**. 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.

- 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 gratis de su expediente de caso.** Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información a usted.
- Usted tiene derecho a proveerle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los analistas en la organización de revisión independiente revisarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si su apelación fue “rápida” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “rápida” en el Nivel 2

- Para la “apelación rápida” 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

- Para una “apelación estándar” si su petición es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión tiene que responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días calendario** después de recibir la misma.
- Si su 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 tiene que recopilar 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 organización de revisión contesta que sí a parte o a todo en su petición para un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cubierta de cuidado médico **dentro de 72 horas** o proveer el servicio a más tardar **14 días calendario** luego de recibir la decisión de la organización para las **solicitudes estándar**. Para solicitudes rápidas, tenemos **dentro de las 72 horas** siguientes a la fecha en que nosotros recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión contesta que sí a parte o a todo en su petición para un medicamento recetado bajo la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o proveer el medicamento recetado bajo la Parte B que está bajo disputa **dentro de 72 horas** luego de recibir la decisión de la organización para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes rápidas** tenemos las **24 horas** siguientes a la fecha en que nosotros recibamos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la respuesta de esta organización es no a parte o a toda su apelación,** quiere decir que

coinciden con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cubierta para cuidado médico no debe ser aprobada. (Esto se llama “sostener la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
 - Notificando sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cubierta de cuidado médico alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe pagar para continuar con el proceso de apelación.
 - Informándole cómo presentar una apelación de Nivel 3
- 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.

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.

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

- 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 decisión 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.**

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 solicitando un reembolso, nos está pidiendo una decisión de cubierta. Para tomar esta decisión, debemos verificar que el cuidado médico por el que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos que usted haya seguido todas las reglas de uso de cubierta para obtener cuidado médico.

Si 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. También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cubierta para el cuidado médico.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si el cuidado médico está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por nuestra parte del costo dentro de 60 días naturales luego de recibir su solicitud.
- **Si no aceptamos su solicitud:** Si el cuidado médico **no** está cubierto, o si usted **no** siguió todas las reglas, no enviaremos un pago. En vez, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos por los servicios y las razones para ello.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar su solicitud, **usted puede apelar**. Si hace una apelación, significa que nos está pidiendo cambiar la decisión de cubierta que tomamos cuando denegamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas a reembolso, tenga en cuenta:

- 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 deduce que debemos pagar, tenemos que enviárselo a usted o al proveedor dentro de 30 días naturales. Si nuestra respuesta a su apelación es sí, en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, tenemos que enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor dentro de 60 días calendario.

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

<h3>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</h3>

Sus beneficios incluyen cubierta para muchos medicamentos recetados.

Para que se cubran, los medicamentos tienen que usarse para indicaciones médicamente aceptadas. (Vea el Capítulo 5 para más información sobre indicaciones médicamente aceptadas). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, vea los Capítulos 5 y 6.

- **Esta sección es solo sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente diremos “medicamento” en el resto de esta sección, en vez de repetir “medicamento recetado ambulatorio cubierto” o “medicamento de la Parte D”. También usamos el término "lista de medicamentos" en lugar de "Lista de medicamentos cubiertos" o "Formulario".
- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos

medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.

- Si su farmacia le dice que su receta no se puede despachar como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cubierta.

Decisiones y apelaciones de cubierta de la Parte D

Términos legales

Una decisión inicial de cubierta sobre sus medicamentos de la Parte D frecuentemente se conoce como una **“determinación de cubierta”**.

Una decisión de cubierta es una decisión que hacemos sobre sus beneficios y cubierta o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le dice lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no se encuentra en la Lista de medicamentos cubiertos del plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar una excepción en la restricción en la cubierta del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 7.2.**

- Solicitar una preaprobación para un medicamento.
Solicite una decisión de cubierta. Sección 7.4.
- Pagar por un medicamento recetado que ya compró.
Solicítenos un reembolso. Sección 7.4.

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.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

El pedir que se cubra un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos se conoce como pedir una **“excepción al formulario”**.

El pedir que se elimine una restricción en la cubierta para un medicamento es, a veces, llamado pedir una **“excepción al formulario”**.

Solicitar un precio menor para un medicamento cubierto no preferido, a veces se llama pedir una **“excepción de niveles”**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera en que a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una

“excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cubierta.

Para considerar su solicitud de excepción, su médico u otra persona que le recete, tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. He aquí 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.**
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe restricciones adicionales que aplican a algunos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos.

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 alternativo es igual de efectivo que el medicamento que nos está solicitando y no causa efectos secundarios adicionales u otros problemas de salud, nosotros, por lo general, **no** aprobaremos su solicitud de excepción.

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 mediante una apelación.

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

Términos legales

Una “decisión rápida de cubierta” es también conocida como una “**determinación acelerada (expedita) de cubierta**”.

Paso 1: Decida si necesita una “decisión estándar de cubierta” o una “decisión rápida de cubierta”.

Las “**decisiones estándar de cubierta**” se toman dentro de las **72 horas** después de recibir la notificación de su médico. Las “**decisiones rápidas de cubierta**” se toman dentro de las **24 horas** después de recibir la notificación de su médico.

Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedir que tomemos una “**decisión rápida de cubierta**”. **Para obtener una decisión rápida de cubierta, debe cumplir con dos requerimientos:**

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar que se le reembolse una decisión rápida de cubierta por un medicamento que ya compró).
- El uso de fechas límites estándar podría causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otra persona que receta nos dice que su salud requiere una “decisión rápida de cubierta”, automáticamente le daremos una decisión rápida de cubierta.**
- **Si solicita una decisión rápida de cubierta por su cuenta, sin el apoyo de su médico o persona que le receta, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida de cubierta. Si no**

aprobamos una decisión rápida de cubierta, le enviaremos una carta que:

- Explica que usaremos las fechas límites estándar.
- Explica que si su médico u otra persona que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Le dice que puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cubierta en lugar de la decisión rápida de cubierta que solicitó. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas de recibo.

Paso 2: Solicite una "decisión estándar de cubierta" o una "decisión rápida de cubierta".

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos cubierta para el cuidado médico que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cubierta a través de nuestra página electrónica. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario modelo de Solicitud de Determinación de Cubierta de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), que está disponible en nuestra página web. El Capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de

incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona que recete) o su representante pueden hacerlo. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la “notificación de apoyo”**, que es la razón médica de la excepción. Su médico u otra persona que receta puede enviarnos la notificación por fax o correo. O su médico u otra persona que receta puede informarnos por teléfono y hacer un seguimiento por fax o correo postal si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta

Fechas límites para una decisión de cubierta “rápida”

- Generalmente, tenemos que responder a su solicitud **en 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta a más tardar 24 horas luego de recibir la notificación del médico en respaldo a su solicitud.

Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

- Si no cumplimos con esta fecha límite, se nos requiere enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización Independiente de Revisión.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó**, tenemos que proveer la cubierta aprobada a más tardar **24 horas** después de haber recibido su solicitud o la notificación médica que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una notificación por escrito que explica las razones por las cuales dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límites estándar para una decisión de cubierta con respecto a un medicamento que aún no haya recibido

- Tenemos que darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de 72 horas luego de recibir la notificación de su médico en respaldo a su solicitud. Le

daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

- Si no cumplimos con esta fecha límite, se nos requiere enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente de revisión.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó,** tenemos que **proveer la cubierta** acordada **dentro de 72 horas** luego de recibir su solicitud o la notificación del médico en respaldo a su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una notificación por escrito que explica las razones por las cuales dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límites 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.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó,** también se nos requiere enviarle el

pago dentro de 14 días naturales luego de recibir su solicitud.

- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica las razones por las cuales dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si nuestra respuesta es no a su solicitud de cubierta, usted puede hacer una apelación.

- Si nuestra respuesta es no, usted tiene derecho de solicitar que reconsideremos esta decisión haciendo una apelación. Esto significa volver a solicitar la cubierta de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cubierta para un medicamento de la Parte D se llama una **“redeterminación”** del plan.

A una “apelación rápida” también se le llama una **“redeterminación acelerada (expedita)”**.

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

Una “apelación estándar” generalmente se realiza dentro de los 7 días. Una “apelación rápida” generalmente se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que recete deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cubierta” en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, doctor y otra persona que recete tiene que comunicarse con nosotros para hacer una apelación Nivel 1. Si su salud requiere de una respuesta rápida, pida una “apelación rápida”.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, envíela por escrito o llámenos 787-620-2397 (Área Metro) o 1-866-333-5470 (libre de cargos). (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).** El capítulo 2 tiene información de contacto.

- **Tenemos que aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluyendo una solicitud hecha en el formulario modelo de Solicitud de Determinación de Cubierta de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) el cual se encuentra disponible en nuestra página de Internet. Por favor, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto, e información relacionada a su reclamación para poder procesar su solicitud.
- **Tiene que hacer su solicitud de apelación a más tardar 60 días** luego de la fecha que aparece en la notificación por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra decisión sobre su solicitud para una decisión de cubierta. Si no cumple con la fecha límite y tiene una buena razón por no haberlo hecho, explique la razón de la tardanza cuando haga la apelación. Podríamos darle más tiempo para hacer su apelación. Ejemplos de buenas razones incluyen si tuvo una enfermedad seria que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información en su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden añadir más información para apoyar su apelación. Se nos permite cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras evaluamos su apelación, volvemos a analizar con cuidado toda la información sobre su solicitud de cubierta. Verificamos que hayamos seguido todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud. Podríamos comunicarnos con usted o con su médico para obtener más información.

Fechas límites para una apelación “rápida”

- Para apelaciones rápidas, tenemos que darle una respuesta **a más tardar 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su salud así nos lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, se nos requiere enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde se evaluará por una organización independiente de revisión. **Sección 7.6** el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó**, tenemos que proveer la cubierta que acordamos a más tardar 72 horas luego de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una notificación escrita explicándole por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límites para una apelación estándar para medicamentos que no ha recibido

- Para apelaciones estándar, tenemos que darle una respuesta **dentro de 7 días naturales** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su condición de salud requiere que así lo hagamos.
 - Si no le brindamos una decisión dentro de 7 días naturales, se nos requiere enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. **Sección 7.6** explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó**, tenemos que proveer la cubierta tan rápido como su salud lo necesite, pero no más tarde de **7 días naturales** luego de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una notificación escrita que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límites para una “apelación estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** luego de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó**, también se nos requiere hacerle el pago dentro de 30 días naturales luego de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una notificación escrita que explica por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si respondemos que no a su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso y hacer *otra* apelación.

- Si decide hacer otra apelación, esto significa que pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2

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.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión

que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico o la persona que le recete) tiene que comunicarse con la organización independiente de revisión y pedir una reconsideración de su caso.

- Si denegamos su apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo hacer una apelación de Nivel 2** ante la Organización Independiente de Revisión. Estas instrucciones le indican quién puede hacer una Apelación de Nivel 2, qué fechas límites debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Si, sin embargo, no completamos nuestra revisión dentro del marco de tiempo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de "en riesgo" bajo nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información 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.

Paso 2: La organización independiente de revisión evalúa su apelación.

- Los analistas de la organización independiente de revisión evaluarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límites para “apelaciones rápidas”

- Si su salud así lo requiere, pídale una “apelación rápida” a la organización independiente de revisión.
- Si la organización está de acuerdo en darle una “apelación rápida”, la misma tiene que responder a su solicitud de apelación de Nivel 2 **a más tardar 72 horas** luego de recibir su solicitud.

Fechas límites para apelaciones estándar

- Para apelación estándar, la organización de revisión tiene que responder a su solicitud de apelación de nivel 2 **dentro de 7 días naturales** luego de recibir su apelación si esta es para un medicamento que aún no ha

recibido. Si está solicitando un reembolso por un medicamento que ya compró, la organización de revisión tiene que proveerle una respuesta a su apelación Nivel 2 **dentro de 14 días naturales** luego de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para "apelaciones rápidas":

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cubierta de medicamentos aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** luego de recibir la decisión de la organización de revisión.

Para "apelaciones estándar":

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cubierta**, debemos proporcionar la cubierta de medicamentos aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** luego de recibir la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un

medicamento que ya compró , se nos requiere **enviarle el pago dentro de 30 días naturales** después de recibir la decisión de la organización.

¿Qué pasa si la organización de revisión deniega su apelación?

Si esta organización deniega su apelación o parte de ella, esto quiere decir que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama “sostener la decisión”. También se llama “denegar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificando sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cubierta de medicamentos que está solicitando alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cubierta de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Informando el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de

cinco niveles de apelación). Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

- El Nivel 3 de apelación es manejado por un juez de derecho administrativo, o por un mediador. La **Sección 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.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararse para el día en que salga del hospital. Ellos ayudarán a hacer arreglos para el cuidado que pueda necesitar luego de que salga.

- El día en que usted sale del hospital se llama su **“fecha de alta”**.

- Cuando su fecha de alta es 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.

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

Dentro de dos días admitido en el hospital, se le dará una notificación por escrito llamada *Un Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos*. Toda persona con Medicare recibe una copia de esta notificación.

Si no recibe la notificación de parte de alguien en el hospital (por ejemplo, un manejador de casos o enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, por favor llame a Servicios al Afiliado o a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea esta notificación cuidadosamente y haga preguntas si hay algo que no entiende. La dice:

- Su derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare, durante y después de su hospitalización, según ordenados por su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde se los pueden proveer.

- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad del cuidado hospitalario.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de su alta para que cubramos su cuidado hospitalario durante más tiempo.

2. Se le solicitará firmar la notificación por escrito como evidencia de que la recibió y que entendió sus derechos.

- Se le solicitará a usted o a alguien que esté actuando a nombre suyo firmar esta notificación.
- Firmar la notificación **solamente** demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. La notificación no le indica su fecha de alta. Firmar la notificación **no significa** que está de acuerdo con su fecha de alta.

3. Conserve su copia de la notificación a la mano para que, en caso de necesitarla, tenga la información sobre cómo hacer una apelación (o informar una preocupación sobre la calidad de su cuidado).

- Si firmó la notificación antes de su alta del hospital, recibirá otra copia antes de que se coordine el darle de alta.
- Para ver esta notificación con antelación, puede llamar a Servicios al Afiliado o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver la notificación en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 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.**
- **Cumpla con las fechas límites.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Afiliado. O, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación. Esta verifica si la fecha de alta planificada para usted es médicamente apropiada.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno Federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Tiene que actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*Un Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos*) le dice cómo comunicarse con esta organización. (O, busque el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápidamente:

- Para hacer su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

antes de salir del hospital y **no más tarde de la medianoche del día del alta.**

- Si cumple con esta fecha límite, puede quedarse hospitalizado *después* de su fecha de alta, **sin tener que pagar por ello**, mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Si **no cumple** con la fecha límite, y decide quedarse hospitalizado después de su fecha planificada de alta, **podría tener que pagar todos los costos** del cuidado hospitalario que reciba luego de su fecha de alta planificada.
- Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y todavía desea apelar, tiene que hacer la apelación directamente con nuestro plan. Para detalles sobre esta manera de hacer su apelación, vea la **Sección 8.4** de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que nos comuniquemos, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le brinda la fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios al Afiliado o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una evaluación independiente de su caso

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (“los examinadores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué entiende que la cubierta para estos servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero lo puede hacer si así lo desea.
- Los examinadores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y evaluarán la información que el hospital y nuestro plan les ha dado.
- Para el mediodía del día siguiente en que los examinadores nos notifiquen sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nosotros con su fecha de alta planificada. Esta notificación también explica detalladamente las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (médicamente apropiado) que a usted se le dé de alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de haber obtenido la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué pasa si la respuesta es sí?

- Si la respuesta de la organización revisora es que **sí**, **nosotros tenemos que continuar brindándole servicios hospitalarios cubiertos por el tiempo en que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si estos aplican). Además, podría haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué pasa si la respuesta es no?

- Si la respuesta de la organización revisora es que **no**, está diciendo que la fecha planificada para su alta es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cubierta para sus servicios hospitalarios acabará al mediodía del día después** que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Si la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a su apelación es que **no** y usted decide quedarse hospitalizado, **podría tener que pagar el costo completo** del cuidado hospitalario que reciba pasado el mediodía del día

siguiente al que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea hacer otra apelación

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dijo que **no** a 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

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reevalúe la decisión en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo completo de su hospitalización después de la fecha planificada para su alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión

- Usted tiene que solicitar esta revisión **dentro de 60 días naturales** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

respondió que *no* a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital pasada la fecha en que terminó su cubierta.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda evaluación de su situación

- Los examinadores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días naturales a partir del recibo de su solicitud para una apelación de Nivel 2, los evaluadores 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.
- La notificación por escrito que recibirá le dirá qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, debe decidir si desea proseguir con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones luego del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar al Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es evaluado 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?**Términos Legales**

Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se llama una “**apelación expedita**”.

Como alternativa, puede apelar ante nosotros

Como explicamos antes, tiene que actuar rápidamente y comenzar con la apelación de Nivel 1 sobre su fecha de alta hospitalaria. Si se le pasa la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, existe otro medio para hacer su apelación.

Si utiliza este otro medio para hacer su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo hacer una apelación *Alternativa* del Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”

- Solicite una “revisión rápida”. Esto significa que nos está solicitando el que le demos una respuesta utilizando las fechas límites “rápidas” en lugar de las “estándar”. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

Paso 2: Nosotros haremos una revisión “rápida” de su fecha de alta planificada para verificar si era médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, evaluaremos toda la información sobre su hospitalización. Verificaremos si la fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Vemos si la decisión sobre cuándo debía salir del hospital era justa y si cumplía con todas las reglas.

Paso 3: Le daremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud de “revisión rápida”.

- **Si nuestra respuesta a su apelación es sí,** significa que estamos de acuerdo con usted con respecto a que todavía necesita seguir hospitalizado luego de la fecha de alta planificada. Le seguiremos proveyendo sus servicios hospitalarios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos del cuidado que ha recibido desde la fecha en que le indicamos que su cubierta terminaría. (Usted tiene que pagar su parte de los costos y algunas limitaciones de cubierta podrían aplicar).
- **Si nuestra respuesta a su apelación es no,** significa que opinamos que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Nuestra cubierta por sus servicios hospitalarios termina a partir del día en que le habíamos dicho que terminaría.
 - Si se quedó en el hospital **luego** de su fecha de alta planificada, **podría tener que pagar el costo completo** del cuidado hospitalario que recibió después de esa fecha.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *Alternativa* del Nivel 2

Términos Legales
El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es la “ Entidad de Revisión Independiente ”. También se le conoce como “ IRE ” (por sus siglas en inglés).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Pasaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente

- Se nos requiere enviar la información de su apelación en Nivel 2 a la organización de revisión independiente no más tarde de 24 horas después de haberle comunicado nuestra decisión de denegar su primera apelación. (Si usted entiende que no estamos cumpliendo con esta u otras fechas límites, puede hacer

una queja. La **Sección 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.

- Los examinadores en la organización de revisión independiente evaluarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación sobre su alta del hospital.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *sí***, tenemos que devolverle nuestra parte de los costos por el cuidado hospitalario que recibió desde la fecha de su alta hospitalaria planificada. También tenemos que prolongar la cubierta del plan por sus servicios hospitalarios por el tiempo que sea médicamente necesario. Usted tiene que seguir pagando por su parte de los costos. Si hay limitaciones de cubierta, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos (la cantidad) o por cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *no***, significa que ellos coinciden en que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada.
 - La notificación por escrito que recibirá de la organización de revisión independiente le explica cómo comenzar el Nivel 3 de

apelación con el proceso de revisión, el cual es manejado por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir adelante con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los examinadores responden negativamente a su Apelación en Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o si prosigue al Nivel 3 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 solo cuatro servicios:*

Cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada, cuidado de hospicio y servicios en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (CORF, por sus siglas en inglés)

Cuando esté recibiendo **servicios de salud en el hogar, cuidado de enfermería especializada, cuidado de hospicio o cuidado de rehabilitación (Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (CORF))**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de cuidado durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es tiempo de dejar de cubrir cualquiera de estos cuatro tipos de cuidado, se nos requiere informárselo con anticipación. Cuando su cubierta por este cuidado termine, **dejaremos de pagar** nuestra parte del costo compartido por su cuidado.

Si entiende que estamos acabando la cubierta de su cuidado muy pronto **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le dice cómo puede hacer esta apelación.

Sección 9.2 Le informaremos por adelantado cuando su servicio esté por terminar

Términos Legales

“Notificación de No-Cubierta de Medicare”. Le indica cómo hacer una “apelación acelerada”. Hacer una apelación acelerada es un medio formal y legal de pedirle al plan que cambie la decisión de cubierta que ha tomado sobre cuándo suspender su cuidado.

1. Usted recibe una notificación por escrito al menos dos días antes de que nuestro plan suspenda la cubierta de su cuidado. Este aviso le indica:

- La fecha en la que dejaremos de cubrir su cuidado.
- Cómo solicitar una “apelación acelerada” para pedirnos que sigamos cubriendo su cuidado por un período de tiempo más largo.

2. Se le solicitará, o su representante, firmar la notificación por escrito como evidencia de que la recibió. Firmar la notificación *solo* evidencia que recibió la información sobre la suspensión de su

cubierto. **Firmar la notificación no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan con respecto a detener 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.**
- **Cumpla con las fechas límites.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al Afiliado. O, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación. Decide si la decisión para finalizar su cuidado es médicamente correcta.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en cuidado médico

pagados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de cuidado médico. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Haga su apelación de Nivel 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación de vía rápida. Tiene que actuar rápidamente.

¿Como puede contactar esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*Notificación de No-Cubierta de Medicare*) le dice cómo comunicarse con esta organización. O, busque el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes a la fecha de entrada en vigor** de la Notificación de No-Cubierta de Medicare.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Si 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.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Términos Legales
Esta notificación explicativa se llama el “ Aviso Detallado de No-Cubierta ”.

¿Qué pasa durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (“los examinadores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué entiende que su cubierta para estos servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero lo puede hacer si así lo desea.
- La organización examinadora también evaluará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nosotros le hayamos dado.
- Para el final del día en que los examinadores nos notifiquen sobre su apelación, usted recibirá un **aviso detallado de no-cubierta** de nuestra parte

con nuestras razones, explicadas en detalle, para suspender la cubierta de sus servicios.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los examinadores le comunicarán su decisión.

¿Qué pasa si la respuesta de los examinadores es sí?

- Si la respuesta de los examinadores a su apelación es **sí**, **tenemos que continuar proveyendo sus servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (tales como deducibles o copagos, si aplican). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué pasa si si la respuesta de los examinadores es no?

- Si la respuesta de los examinadores a su apelación es **no**, entonces **su cubierta terminará en la fecha que le habíamos indicado.**
- Si decide continuar recibiendo el cuidado de salud en el hogar o el cuidado en un centro de enfermería especializada, 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.

- 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 de Nivel 2.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado por más tiempo

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.

Paso 1: Comuníquese 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 es sí?

- **Nosotros tenemos que reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado que haya recibido desde la fecha en que le notificamos la suspensión de su cubierta. **Nosotros tenemos que continuar cubriendo su cuidado** por el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted tiene que seguir pagando su parte de los costos y podrían aplicar limitaciones de cubierta.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización revisora es no?

- Esto significa que ellos se reafirman en la decisión en su apelación de Nivel 1.

- La notificación por escrito que recibirá le explicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará detalles sobre cómo pasar al próximo nivel de apelación, el cual es manejado por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la respuesta es no, usted deberá decidir si desea llevar su apelación al próximo nivel.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones luego del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador. La **Sección 10** de este capítulo habla más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso 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 arriba, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y comenzar con la primera apelación (dentro de un día o dos, como máximo). Si se le pasa la fecha límite

para comunicarse con esta organización, hay otro medio para hacer su apelación. Si utiliza este otro medio para hacer su apelación, **los primeros dos niveles de apelación serán diferentes.**

Paso a paso: Cómo hacer una apelación *Alternativa* de Nivel 1

Términos Legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se llama una “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pida una “revisión rápida”

- **Pida una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está solicitando que le demos una respuesta utilizando las fechas límites “rápidas” en lugar de las estándar. Capítulo 2 tiene la información de contacto.

Paso 2: Haremos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo terminar la cubierta de sus servicios

- Durante esta revisión, evaluaremos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificaremos si se siguieron todas las reglas cuando se fijó la fecha para

suspender la cubierta del plan para los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le daremos nuestra decisión a más tardar 72 horas después de que nos pida la “revisión rápida”.

- **Si respondemos que sí a su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita continuar sus servicios por más tiempo y le seguiremos brindando los servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos por el cuidado que recibió desde la fecha en que le indicamos que su cubierta terminaría. (Usted tiene que pagar su parte de los costos y podrían aplicar limitaciones de cubierta).
- **Si respondemos que no a su apelación,** su cubierta terminará en la fecha que le indicamos y nosotros no pagaremos parte alguna de los costos a partir de esta fecha.
- Si usted continuó recibiendo cuidados de salud en el hogar, cuidados en un centro de enfermería especializada, 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.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

Términos Legales
El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es la “ Entidad de Revisión Independiente ”. También se le conoce como “ IRE ”, por sus siglas en inglés.

Paso a paso: Proceso de apelación *Alternativa* de Nivel 2

Durante el Nivel 2 de apelaciones, la **organización de revisión independiente** evalúa la decisión de su “apelación rápida”. Esta organización decidirá si la decisión se debe cambiar.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. La organización es una compañía designada por Medicare para asumir la función de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Automáticamente referiremos su caso a la organización de revisión independiente

- Se nos requiere enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de 24 horas a partir de que le informáramos nuestra decisión negativa con respecto a su primera apelación. (Si entiende que no estamos cumpliendo con esta u otras fechas límites, puede hacer una queja. La **Sección 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.

- Los examinadores en la organización de revisión independiente revisarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** entonces tenemos que devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que haya recibido desde la fecha en que le notificamos que su cubierta finalizaría. También tenemos que seguir cubriendo su cuidado por el tiempo que sea médicamente necesario. Usted tiene que seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cubierta, estas podrían tener un efecto sobre la cantidad de su

reembolso o el tiempo por el cual seguiremos cubriendo los servicios.

- **Si la organización *rechaza* su apelación**, significa que ellos coinciden con la decisión tomada por nuestro plan con respecto a su primera apelación y no la cambiarán.
 - La notificación por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le explica qué debe hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente dice que no a su apelación, usted decide si desea llevar su apelación al próximo nivel

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si usted quiere continuar al Nivel 3 de apelación, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3 de apelación es evaluada 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. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 le explicará como 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 (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* – 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 apelar, irá a una apelación de Nivel 4.

- Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de 60 días naturales luego de recibir la decisión del Juez de Derecho Administrativo o mediador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de la apelación de Nivel 4 con los documentos que la acompañen. Se nos permite esperar por la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.
- **Si el Juez de Derecho Administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *podría o no haber terminado***
 - Si decide aceptar la decisión en rechazo a su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
 - Si desea aceptar esta decisión, puede pasar al próximo nivel del proceso de

apelación. La notificación que recibirá le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Nivel 4 de apelación El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno Federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para reevaluar la decisión favorable de la apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.** A diferencia de una decisión del Nivel 2 (organización de revisión independiente), nosotros tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 4 que le favorezca. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, tenemos que autorizar o proveer el servicio dentro de 60 días naturales a partir del recibo de la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no, o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso**

de apelaciones puede o no haber terminado.

- Si decide aceptar esta decisión en rechazo a su apelación, el proceso de apelaciones ha finalizado.
- Si no desea aceptar esta decisión, usted podrá continuar al próximo nivel del proceso de apelación. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que recibirá le informará si las reglas le permiten continuar hacia una apelación de Nivel 5 y como continuar con su apelación de Nivel 5.

Nivel 5 de apelación Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá sí o no a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más instancias de apelación tras el Tribunal Federal de Distrito.

Sección 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 (Juez de Derecho Administrativo) o un mediador que trabaja para el Gobierno Federal evaluará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones ha finalizado.** Tenemos que **autorizar o proveer la cubierta de medicamentos** que aprobó el Juez de Derecho Administrativo o mediador **dentro de**

72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o pagar a más tardar 30 días naturales luego de recibir la decisión.

- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar la decisión en rechazo a su apelación, el proceso de apelaciones ha finalizado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al próximo nivel del proceso de revisión. La notificación que recibirá le indicará lo próximo que debe hacer con su apelación de Nivel 4.

Nivel 4 de apelación El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno Federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones ha finalizado.** Tenemos que **autorizar o proveer la cubierta de medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o pagar a más tardar 30 días naturales** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**

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

- Si decide aceptar la decisión en rechazo a su apelación, el proceso de apelaciones ha finalizado.
- Si no quiere aceptar la decisión, usted puede continuar al próximo nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión de su apelación, la notificación escrita le informará si las reglas permiten que proceda a una apelación de Nivel 5. También le informará con quién debe comunicarse y lo próximo que debe hacer para seguir con su apelación.

Nivel 5 de apelación Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá sí o no a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más instancias de apelación tras el Tribunal Federal de Distrito.

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

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

El proceso de quejas es usado *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado, tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, presentamos ejemplos de las clases de problemas que son manejados por el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad del cuidado que ha recibido (incluyendo el cuidado hospitalario)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, deficiencias en el Servicio al Afiliado y otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien le ha tratado de manera descortés o irrespetuosa? • ¿Está insatisfecho con nuestro Servicios al Afiliado? • ¿Siente que le están dando motivos para dejar nuestro plan?

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

Queja	Ejemplo
Tiempos de Espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir citas o tiene que esperar demasiado para conseguir una? • ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo por médicos, farmacéuticos, u otros profesionales de la salud? ¿O, por Servicios al Afiliado u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ejemplos de esto incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o en el cuarto de examen, o al buscar una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una clínica, hospital u oficina médica?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le notificamos algo requerido? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas están todos	Si ya nos ha solicitado una decisión de cubierta o hecho una apelación, y entiende que no

Queja	Ejemplo
relacionados con cuán <i>diligentes</i> hemos sido con relación a decisiones de cubierta y apelaciones)	<p>estamos respondiendo con suficiente rapidez, usted puede dar una queja sobre nuestra lentitud. Aquí tiene algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nos ha pedido una “decisión rápida de cubierta” o una “apelación rápida” y nosotros nos hemos negado, puede hacer una queja.• Usted considera que no estamos cumpliendo con las fechas límites para darle una decisión de cubierta o responder a una apelación, puede hacer una queja.• Usted considera que no estamos cumpliendo con las fechas límites para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede hacer una queja.• Usted considera que no estamos cumpliendo con las fechas límites para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede hacer una queja.

Sección 11.2 Como “radicar una querella”

Términos Legales

- Una “**queja**” también se conoce como una “**querella**”.
- “**Hacer una queja**” también se conoce como “**radicar una querella**”.
- “**Usando el proceso para quejas**” también se conoce como “**usando el proceso para radicar una querella**”.
- Una “**queja rápida**” también se conoce como “**querella expedita**”.

Sección 11.3 Paso a paso: Haciendo una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros rápidamente — ya sea por teléfono o por escrito.

- **Normalmente, llamar a Servicios al Afiliado es el primer paso.** De haber algo más que tenga que hacer, Servicios al Afiliado se lo informará. 787-620-2397 (Área Metro), 1-866-333-5470 (libre de cargos), 711 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 querrela verbal, puede enviar su carta por correo, fax, o entregarla en persona.** Para detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, refiérase al Capítulo 2, Sección 1, *Cómo comunicarse con nosotros cuando está haciendo una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.* Si su queja tiene que ver con una solicitud denegada para una determinación administrativa acelerada, una determinación de cubierta, o una reconsideración o redeterminación acelerada, tenemos que responder a su queja dentro de 24 horas.
- **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.

Paso 2: Evaluamos su queja y le respondemos

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, podríamos darle una respuesta durante la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas se contestan en un plazo de 30 días naturales.** Si necesitamos más información y el que ocurra un retraso es en beneficio suyo, o si pide más tiempo, podemos tomar hasta 14 días naturales adicionales (44 días naturales en total)

para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.

- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión rápida de cubierta” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida”.** Si tiene una "queja rápida", significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja o con parte de ella, o no nos consideramos responsables por el problema por el cual se está quejando, le incluiremos las razones en nuestra contestación.

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

Cuando su queja sea sobre la **calidad del cuidado**, cuenta con dos opciones adicionales:

- **Puede hacer su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en la práctica y otros expertos del cuidado de la salud, pagados por el gobierno federal, para revisar y mejorar el cuidado provisto a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

- **Puede hacer su queja tanto antes la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como ante nosotros, al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede comunicarle su queja a Medicare y Medicaid

Puede enviar su queja sobre PMC Premier Platino directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Usted también puede llamar 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

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

derecho a presentar una Querrela o Apelación e información necesaria para solicitar una Audiencia Imparcial, si corresponde.

CAPÍTULO 10:
Terminando su afiliación en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a finalizar su afiliación con nuestro plan

Cancelar su afiliación a PMC Premier 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. Las Secciones 2 y 3 ofrecen información sobre cómo cancelar su afiliación voluntariamente.
- También existen situaciones limitadas en las que usted elige no irse, pero estamos obligados a cancelar su afiliación. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos cancelar su afiliación.

Si se desafilia de nuestro plan, debemos continuar brindándole cuidado médico y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su afiliación en nuestro plan?

<h3>Sección 2.1 Puede ser elegible para cancelar su afiliación porque tiene Medicare y Medicaid</h3>
--

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 su 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.

- Escoja cualquiera de los siguientes tipos de planes Medicare:
 - Otro plan de salud Medicare con o sin cubierta de medicamentos recetados.
 - Medicare Original *con* un plan Medicare aparte de medicamentos recetados.
 - Medicare Original *sin* un plan Medicare aparte de medicamentos recetados.

- Si escoge esta opción, Medicare podría inscribirlo en un plan, a menos que usted haya declinado 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.

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 documento).

- **¿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 Período Anual de Afiliación (también conocido como el “Período Abierto de Afiliación Anual”). Durante este momento

evalúe su cubierta de salud y medicamentos, y decida su cubierta para el próximo año.

- **El Período de Anual de Afiliación es desde 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**
- **Escoja permanecer con la misma cubierta que tiene actualmente o puede hacer cambios a su cubierta para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede escoger uno de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cubierta de medicamentos recetados.
 - Medicare Original *con* un plan Medicare separado de medicamentos recetados.
 -
 - Medicare Original *sin* un plan Medicare separado de medicamentos recetados.
- Su afiliación acabará cuando comience la cubierta de su nuevo plan el 1 de enero.

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.

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 Abierto de afiliación de Medicare Advantage**.

- **El Período Abierto de Afiliación de Medicare Advantage ocurre desde el 1 de enero al 31 de marzo.**
- **Durante el Período Abierto de Afiliación de Medicare Advantage puede:**
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cubierta de medicamentos recetados.
 - Desafiliarse de nuestro plan y obtener cubierta a través de Medicare Original. Si escoge cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede afiliarse a un plan Medicare separado de medicamentos recetados en ese momento.
- Su afiliación 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**.

Usted puede ser elegible para cancelar su afiliación durante un Período de Afiliación Especial si cualquiera de las siguientes le aplica, pudiera ser elegible para cancelar su afiliación durante el Período de Afiliación Especial. 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.

- **Los períodos de tiempo de afiliación varían** de acuerdo con su situación.
- 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. Puede elegir:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cubierta de medicamentos recetados.
 - Medicare Original *con* un plan Medicare separado de medicamentos recetados.

O

- Medicare Original *sin* un plan Medicare separado de medicamentos recetados.

Nota: Si se desafilia de su cubierta Medicare de medicamentos recetados y se queda sin cubierta acreditable de medicamentos por un período continuo de 63 días o más, posiblemente tendrá que pagar una penalidad por afiliación tardía a la Parte D si se

une a un plan Medicare de medicamentos recetados más tarde.

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.

Su afiliación generalmente 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.

<p>Sección 2.5 ¿Dónde puede conseguir más información sobre cuándo es posible cancelar su afiliación?</p>
--

Si tiene preguntas sobre cancelar su afiliación puede:

- **Llamar a Servicios al Afiliado.**
- Encontrar la información en el documento ***Medicare y Usted 2023***.
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su afiliación en nuestro plan?

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.	<ul style="list-style-type: none">• Afíliase en el nuevo plan Medicare. Su nueva cubierta comenzará el primer día del próximo mes. Se le desafiliará automáticamente de PMC Premier Platino cuando comience su nueva cubierta.
Medicare Original con un plan Medicare separado de medicamentos recetados.	Afíliase en el nuevo plan Medicare de medicamentos recetados. Su nueva cubierta comenzará el primer día del próximo mes. Se le desafiliará automáticamente de PMC Premier 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 queda sin una

- **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la afiliación.**

Comuníquese con Servicios al Afiliado si necesita más información sobre cómo hacerlo.

- 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 PMC Premier Platino cuando comience su cubierta de Medicare Original.

Si se quiere cambiar de nuestro plan a: **Esto es lo que debe hacer:**

cubierto 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.

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.

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

Hasta que acabe su afiliación con PMC Premier Platino y comience su nueva cubierta Medicare y Medicaid entra en vigor, continuará recibiendo su cuidado médico y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestra red de proveedores para recibir su cuidado médico.**
- **Continúe utilizando las farmacias en la red o envío por correo para obtener sus recetas.**
- **Si lo hospitalizan el día en que su afiliación acaba, su hospitalización estará, cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta del hospital (aún cuando su alta ocurra después de haber comenzado su nueva cubierta de salud).**

SECCIÓN 5 En algunos casos, PMC Premier Platino tendrá que cancelar su afiliación

<h3>Sección 5.1 ¿Cuándo tendremos que cancelar su afiliación?</h3>

PMC Premier 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 estableció 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 documento.
- 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, llame a Servicios al Afiliado para averiguar si el lugar al cual se muda o el destino de su viaje está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si le encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es 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 llame a Servicios al Afiliado.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por razones relacionadas con la salud

PMC Premier Platino no está autorizado a pedirle que deje de nuestro plan por cualquier razón relacionada con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si siente que se le ha pedido dejar nuestro plan por una razón relacionada con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (TTY 1-877-486-2048) 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 querrela o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su afiliación.

CAPÍTULO 11:

Notificaciones legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes aplicables

La ley principal que aplica a este documento es la del Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) y las regulaciones creadas bajo esta ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Además, otras leyes federales pueden aplicarse y, bajo algunas circunstancias, las leyes del estado en donde vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nosotros no discriminamos por concepto de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes Medicare Advantage, como nuestro plan tienen que cumplir con las leyes federales en contra del discrimen, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Americanos con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y todas las otras leyes que apliquen a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y reglamento que aplique por cualquier otra razón.

Si 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. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a cuidados de salud, llame a Servicios al Afiliado. 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 el Departamento de Servicios al Afiliado.

Si entiende que MMM Healthcare, LLC., no le proporcionó estos servicios o discriminó en su contra de alguna otra forma debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una querrela ante: Departamento de Apelaciones y Querellas, PO Box 71114 San Juan PR 00936-8014, 1-866-333-5470 (libre de cargos), 711 TTY (audio impedidos), 787-622-0485 (fax), mmm@mmmhc.com (correo electrónico). Puede radicar su querrela en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Departamento de Servicios al Afiliado está a su disposición para brindársela.

También puede presentar una querrela de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o 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 (TDD)

Puede obtener los formularios de querrela en el sitio web:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación de Pagador Secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la obligación de cobrar por 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, PMC Premier 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

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 determinada, 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.

Área de servicio: El “área de servicio” es el área geográfica donde debe vivir para poder afiliarse a un plan de salud en particular. 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 tiene que desafiliarlo si se muda permanentemente fuera del área de servicio.

Ayuda adicional: Un programa de Medicare o del Estado para ayudar a personas de ingresos y recursos limitados a pagar por los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coaseguros.

Ayudante de Salud en el Hogar: Una persona que provee servicios que no necesitan las destrezas de una enfermera o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse, o realizar ejercicios recetados).

Cantidad máxima de Bolsillo: El máximo que un afiliado paga de su bolsillo durante el año natural por servicios cubiertos. Las cantidades que usted paga por sus primas de Medicare 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).

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, 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, expresada como un por ciento (por ejemplo, 20%) como su parte del costo por servicios médicos o medicamentos recetados.

Copago: La cantidad que podría tener que pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una visita médica, una visita ambulatoria a un hospital, o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija, (por ejemplo \$10) en lugar de un por ciento.

Costo compartido: Costo compartido se refiere a las cantidades que los afiliados tienen que pagar cuando reciben medicamentos o servicios. Incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier tipo de deducible que el plan podría imponer antes de que los medicamentos o servicios sean cubiertos; (2) cualquier cantidad de “copago” fijo requerida por el plan cuando se obtiene un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier cantidad de “coaseguro”, un porcentaje de la cantidad total establecida por el plan que se debe pagar por un servicio o medicamento que se recibe.

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 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 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 pague.

Desafiliarse o Desafiliación – Es el proceso de cancelar su afiliación en el plan.

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 documento, las determinaciones de cubierta se llaman “decisiones 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 documento.

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, (y, si eres mujer, la pérdida de un hijo sin nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos podrían ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeore rápidamente.

Equipo Médico Duradero (DME por sus siglas en inglés)– Cierta equipo médico que es ordenado por su 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”.

Etapas de Cubierto 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 \$7,400 durante el año de póliza por medicamentos cubiertos.

Etapa de Cubierta Inicial – La etapa anterior al momento del año en que el costo total de sus medicamentos alcance \$4,660, incluyendo las cantidades que usted 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 nuestro formulario (excepción al formulario), u obtener un medicamento no preferido en un nivel más bajo de costo compartido (excepción en los niveles). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de aprobar el que usted está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que usted desea (excepción al formulario).

Facturación de 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 PMC Premier 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 que tiene contrato con nuestro plan donde los afiliados de nuestro plan pueden obtener sus medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solamente si son despachadas en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia Fuera de la Red – Una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los afiliados de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no está cubierta por nuestro plan a menos que se den condiciones particulares.

Hospicio - Beneficio que ofrece un tratamiento especial para un afiliado que ha sido certificado médicamente como un enfermo terminal, lo que significa que tiene un pronóstico de 6 meses o menos de vida. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados de hospicio en su área. Si decide ingresar a un hospicio y continuar pagando las primas de nuestro plan, usted sigue siendo afiliado de nuestro plan. Usted todavía puede obtener todos los servicios médicos necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

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.

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, pero la mayoría de los costos de cuidado de salud están cubiertos si usted cualifica tanto para Medicare como para 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.

Medicamento 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 bajo la Parte D. Podríamos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D, o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicamento de Marca – Un medicamento recetado que es fabricado y vendido por una compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el mismo. Los medicamentos de marca tienen las mismas fórmulas de ingredientes activos que sus versiones genéricas. No obstante, los medicamentos genéricos son 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).

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.

Parte C – vea “Plan Medicare Advantage” (MA)

Parte D – El programa de Beneficio de Medicamentos Recetados voluntario de Medicare.

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. 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 – Periodo de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo el cual un afiliado de un plan Medicare Advantage puede cancelar su afiliación y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener su cubierta a través de Medicare Original. Si escoge cambiarse a Medicare

Original durante este período, también puede unirse a un plan de Medicare para medicamentos recetados durante este momento. El Período Abierto de Afiliación de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que un individuo es elegible a Medicare por primera vez.

Período de Beneficio – La manera en que tanto Medicare Original como nuestro plan miden el uso que usted da al hospital y a los servicios de centros de Enfermería Especializada (SNF). Un período de beneficio comienza el primer día en que usted ingresa en un hospital o centro de Enfermería Especializada y termina cuando usted no haya recibido cuidado intrahospitalario o en un centro de Enfermería Especializada por 60 días consecutivos. Si lo admiten en un hospital o SNF después de que finaliza un período de beneficio, comienza un nuevo período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio. Este período de beneficios de hospitalización no es el mismo que el de Medicare Original. Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para una estadía en el hospital y hasta 100 días en un centro de Enfermería Especializada (SNF).

Período 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 de cuidado crónico: los C-SNP son SNP que limitan la afiliación a personas con necesidades especiales con condiciones crónicas severas o incapacitantes específicas, definidas en 42 CFR 422.2. Un C-SNP debe tener atributos específicos que van más allá de la provisión de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y la coordinación del cuidado que se requiere de todos los Planes de Cuidado Coordinado de Medicare Advantage, para recibir la designación especial y los beneficios de afiliación y mercadeo que se otorgan a un C -SNP.

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 que afilia a individuos elegibles que continuamente residen o se espera que continuamente residan por 90 días o más en una facilidad de cuidado prolongado. Estas facilidades pueden incluir facilidades de Enfermería Especializada (SNF); facilidades de enfermería, un Centro de Cuidado Intermedio para Personas con Discapacidades

Intelectuales (ICF/IID); facilidades psiquiátricas hospitalarias, y/o facilidades aprobadas por CMS que brindan servicios de cuidado prolongado similares, servicios de cuidado de salud cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades similares y estado de atención médica similares a los de los otros tipos de establecimientos mencionados. Para que un Plan de Necesidades Especiales institucionalizado deben tener contrato (o ser dueñas u operar) estas facilidades específicas de cuidado prolongado.

Plan de Necesidades Especiales en Instituciones Equivalentes (SNP) – Un plan 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, Planes de Necesidades Especiales, Programas de Demostración/Pilotos, y Programas de Cuidado Total para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): Un plan de una Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los 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 i). HMO, ii) PPO, un iii) plan privado de tarifa por servicio (PFFS), o un iv) plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de

planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen cubierta de medicamentos recetados bajo Medicare Parte D. Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con Cubierta de Medicamentos Recetados**.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): En los D-SNP se afilian personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Preautorización – Aprobación por adelantado para obtener servicios o algunos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan preautorización están señalados en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren preautorización están marcados en el formulario.

Prima – El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan de cuidado de salud por la cubierta de salud o de medicamentos.

Programa de Descuento Medicare para 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 Cubierto y que no están recibiendo “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Protésicos y ortóticos- Dispositivos médicos incluyen, pero no se limitan a, abrazaderas de brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, incluyendo los suplidos de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de Cuidado Primario (PCP) – El médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de cuidado primario antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado médico.

Proveedor en la Red del Plan – “Proveedor” es el término general para los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otras instalaciones de cuidado de la salud que estén autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proveer servicios de cuidado de salud. **“Proveedores del plan”** tienen acuerdos con nosotros para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, coordinar o proveer servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan.

Proveedores Fuera de la Red del Plan o Instalaciones Fuera de la Red del Plan – Proveedores o instalaciones

que no tienen contrato con nuestro plan para coordinar o proveer servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red del plan no están empleados, no pertenecen, ni son administrados por nuestro plan.

Queja - El nombre formal para “presentar una queja” es “radicar una querella”. El proceso de quejas se utiliza solamente para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de servicio, los tiempos de espera, y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo del proceso de apelación.

Querella 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.

Servicios cubiertos – El término que utilizamos para definir todos los servicios y suplidos para el cuidado de la salud cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare – Los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud Medicare, tienen que cubrir todos los servicios de las Partes A y B de Medicare. El término

Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de urgencia – Servicio cubiertos que no son servicios de emergencia, que se ofrecen cuando los proveedores de la red no están disponibles temporariamente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita cuidado inmediato durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

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.

Terapia Escalonada – Una herramienta de utilización que requiere que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico recetó inicialmente.

Servicios al Afiliado de PMC Premier Platino

Método	Servicios al Afiliado: información de contacto
LLAME AL	<p>787-620-2397 (Área Metro)</p> <p>1-866-333-5470</p> <p>Las llamadas a este número son libres de costo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Servicios al Afiliado también tiene un servicio gratuito de intérpretes para personas que no hablan español.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere el uso de un equipo especial y es solo para personas con dificultades del habla o auditivas.</p> <p>Las llamadas a este número son libres de costo. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
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.