Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios médicos de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta como miembro de *Provider Partners Maryland Community Plan, Provider Partners Missouri Community Plan, Provider Partners North Carolina Community Plan, Provider Partners Pennsylvania Community Plan, HMO I-SNP*

Este documento proporciona información detallada de su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Manténgalo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio al Cliente al *1-800-405-9681* para obtener información adicional. (los usuarios de TTY deben llamar al *711*). Nuestro horario de atención es del *1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.* Esta llamada es gratuita.

Este plan, *Provider Partners Maryland Community Plan, Provider Partners Missouri Community Plan, Provider Partners North Carolina Community Plan, Provider Partners Pennsylvania Community Plan,* es ofrecido por *Provider Partners Health Plans*. (Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “para nosotros” o “nuestro” o “nuestra” en esta *Evidencia de Cobertura* se refieren a *Provider Partners Health Plans*. Siempre que encuentre las expresiones “plan” o “nuestro plan,” se refiere a *Provider Partners Maryland Community Plan, Provider Partners Missouri Community Plan, Provider Partners North Carolina Community Plan, Provider Partners Pennsylvania Community Plan.*

Este documento está disponible sin costo en *español*. *Es posible que este material esté disponible en un formato alternativo, como braille o en letra grande.*

Los beneficios, los deducibles y/o los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra. Notificaremos los cambios a los miembros afectados con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Use este documento para entender lo siguiente:

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

Evidencia de Cobertura 2024

Índice

CAPÍTULO 1: *Información básica para el miembro*..... 6

SECCIÓN 1 Introducción 7
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan? 8
Sección 3 Materiales importantes de membresía que recibirá 10
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de *Provider Partners Health Plans* 12
SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual 16
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan 18
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 19

CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes*..... 21

SECCIÓN 1 Contactos de *Provider Partners Health Plans* (cómo comunicarse con nosotros y cómo contactarse con el Servicio al Cliente) 22
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....26
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....28
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad.....30
SECCIÓN 5 Seguro Social 32
SECCIÓN 6 Medicaid 33
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta 35
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario.....41
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro de grupo u otro seguro de salud de un empleador? 42

CAPÍTULO 3: *Cómo usar el plan para recibir sus servicios médicos* 43

SECCIÓN 1 Cómo obtener su cuidado médico como miembro de nuestro plan 44
SECCIÓN 2 Use proveedores dentro de la red del plan para obtener cuidado médico.....46
SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cuando tiene una emergencia o necesita cuidado de urgencia, o durante una catástrofe 50
SECCIÓN 4 ¿Qué puede hacer si le facturan directamente el costo total de sus servicios?.....52
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? 52
SECCIÓN 6 Reglas para recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud 55

SECCIÓN 7 Reglas que rigen la propiedad del equipo médico duradero 56

CAPÍTULO 4: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)* 58

SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos 59

SECCIÓN 2 Use la Tabla de Beneficios Médicos para saber los servicios que cubre el plan y lo que pagará usted 60

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 106

CAPÍTULO 5: *Cómo usar la cobertura del plan para obtener medicamentos con receta de la Parte D* 110

SECCIÓN 1 Introducción 111

SECCIÓN 2 Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través de la farmacia de pedidos por correo del plan 111

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de Medicamentos" del plan 114

SECCIÓN 4 Existen restricciones a la cobertura de algunos medicamentos 116

SECCIÓN 5 ¿Qué debe hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que usted desea? 118

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos? 120

SECCIÓN 7 ¿Qué medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 123

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 124

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 124

SECCIÓN 10 Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos 126

CAPÍTULO 6: *Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D* 129

SECCIÓN 1 Introducción 130

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en que se encuentre cuando obtiene el medicamento 133

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra usted 133

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del Deducible, usted pagará el costo total de sus medicamentos 135

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte 135

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa Sin Cobertura 138

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D 139

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las reciba 139

CAPÍTULO 7: *Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*..... 142

SECCIÓN 1 Situaciones en las que nos debe pedir que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos 143

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió.....146

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos que sí o que no.....146

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades*..... 148

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 149

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....164

CAPÍTULO 9: *Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 166

SECCIÓN 1 Introducción 167

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 167

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe usar para resolver su problema? 168

SECCIÓN 4 Guía básica sobre las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones.....169

SECCIÓN 5 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 172

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.....181

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si piensa que le darán de alta demasiado pronto 190

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que mantengamos la cobertura de ciertos servicios médicos si usted piensa que la cobertura termina demasiado pronto 198

SECCIÓN 9 Cómo presentar su apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores 204

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras dudas 207

CAPÍTULO 10: *Cómo terminar su membresía en el plan*..... 211

SECCIÓN 1 Introducción sobre cómo terminar su membresía en nuestro plan 212

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan? 212

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede terminar su membresía en nuestro plan?.....213

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos a través de nuestro plan 214

SECCIÓN 5 *Provider Partners Health Plans* debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....214

CAPÍTULO 11: *Avisos legales*..... 216

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes 217

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....217

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario 220

SECCIÓN 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación 221

SECCIÓN 5 Aviso sobre la recuperación del sobrepago 221

SECCIÓN 6 Información farmacéutica 222

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes*..... 223

CAPÍTULO 1:
Información básica para el miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en *Provider Partners Health Plans*, un Plan Medicare Advantage especializado (Plan para Personas con Necesidades Especiales).

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, *Provider Partners Health Plans.*

Provider Partners Health Plans es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud [Health Maintenance Organization]).

Provider Partners Health Plans es un Plan Medicare Advantage especializado (un Plan para Personas con Necesidades Especiales [Special Needs Plan, SNP] de Medicare); esto significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales en lo que se refiere al cuidado de la salud. *Provider Partners Health Plans* está diseñado para quienes residen en una institución (como un asilo de convalecencia) o viven en la comunidad, pero necesitan un nivel de cuidado que, por lo general, se brinda en un asilo de convalecencia.

Nuestro plan incluye proveedores especializados en el tratamiento de pacientes que necesitan este nivel de cuidado. Como miembro del plan, usted recibe beneficios a medida, y, a través del mismo, se coordinan todos los cuidados que usted recibe.

La cobertura de este Plan califica como Cobertura de Salud que Califica (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿Qué información contiene el documento *Evidencia de Cobertura*?

Este documento *Evidencia de Cobertura* le indica cómo recibir su cuidado médico y sus medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren al cuidado y los servicios médicos, así como a los medicamentos con receta disponibles para usted como miembro de *Provider Partners Health Plans*.

Es importante que conozca las reglas del plan y los servicios disponibles para usted. Le recomendamos que dedique algo de tiempo para revisar este documento *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido o preocupado, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *Provider Partners Health Plans* cubre su cuidado. Otras partes de este contrato incluyen su solicitud de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que usted reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o en las condiciones que afectan a su cobertura. Estos avisos a veces reciben el nombre de *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato tiene vigencia durante los meses en que usted está inscrito en *Provider Partners Health Plans*, entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que, después del 31 de diciembre de 2024, podemos cambiar los costos y beneficios de *Provider Partners Health Plans*. También podemos decidir cancelar el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2024.

Cada año, Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar *Provider Partners Health Plans*. Cada año, usted puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de participación

Usted cumple los requisitos de membresía de nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Sea ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos.
- Cumpla los requisitos de participación especiales que se describen a continuación.

Requisitos especiales para inscribirse en nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para atender las necesidades especiales de quienes requieren un nivel de cuidado que, por lo general, se brinda en un asilo de convalecencia.

Para cumplir los requisitos de participación en nuestro plan, usted debe cumplir *uno de los dos* requisitos que se indica a continuación.

- Usted vive en un asilo de convalecencia disponible a través de nuestro plan. Consulte la lista de los asilos de convalecencia que tienen contrato con nosotros en el *Directorio de Proveedores* del plan, o llame a Servicio al Cliente para pedir que le envíen una lista.
- O si usted vive en su domicilio y nuestro plan obtuvo la confirmación de que usted necesita el tipo de cuidado que generalmente se proporciona dentro de un asilo de convalecencia.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Si deja de calificar pero se puede prever razonablemente que vuelva a cumplir los requisitos dentro de *1* mes, seguirá cumpliendo los requisitos para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le explica sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos).

Sección 2.2 Área de servicio del *Provider Partners Health Plans*

Provider Partners Health Plans está disponible solamente para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. A continuación, se describe el área de servicio:

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de:

Maryland (MD): Allegany, Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Caroline, Carroll, Dorchester, Frederick, Garrett, Harford, Howard, Kent, Queen Anne's, Talbot, Washington, Worcester

Missouri (MO): Audrain, Barry, Boone, Butler, Caldwell, Callaway, Camden, Cape Girardeau, Carroll, Chariton, Christian, Clay, Clinton, Cole, Crawford, Dade, Dallas, DeKalb, Douglas, Franklin, Greene, Henry, Hickory, Howard, Jackson, Jasper, Jefferson, Laclede, Lafayette, Lawrence, Lincoln, Livingston, Madison, Maries, McDonald, Miller, Mississippi, Moniteau, Montgomery, New Madrid, Phelps, Platte, Polk, Pulaski, Ray, Reynolds, Ripley, Saline, Scott, St. Charles, St. Francois, St. Louis, St. Louis City, Stoddard, Stone, Taney, Vernon, Warren, Washington, Webster, Wright

North Carolina (NC): Davie, Forsyth, Gaston, Guilford

Pennsylvania (PA): Allegheny, Armstrong, Beaver, Bucks, Butler, Chester, Crawford, Delaware, Fayette, Greene, Lancaster, Lawrence, Mercer, Montgomery, Philadelphia, Somerset, Westmoreland

Si usted planea mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nuevo sitio.

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

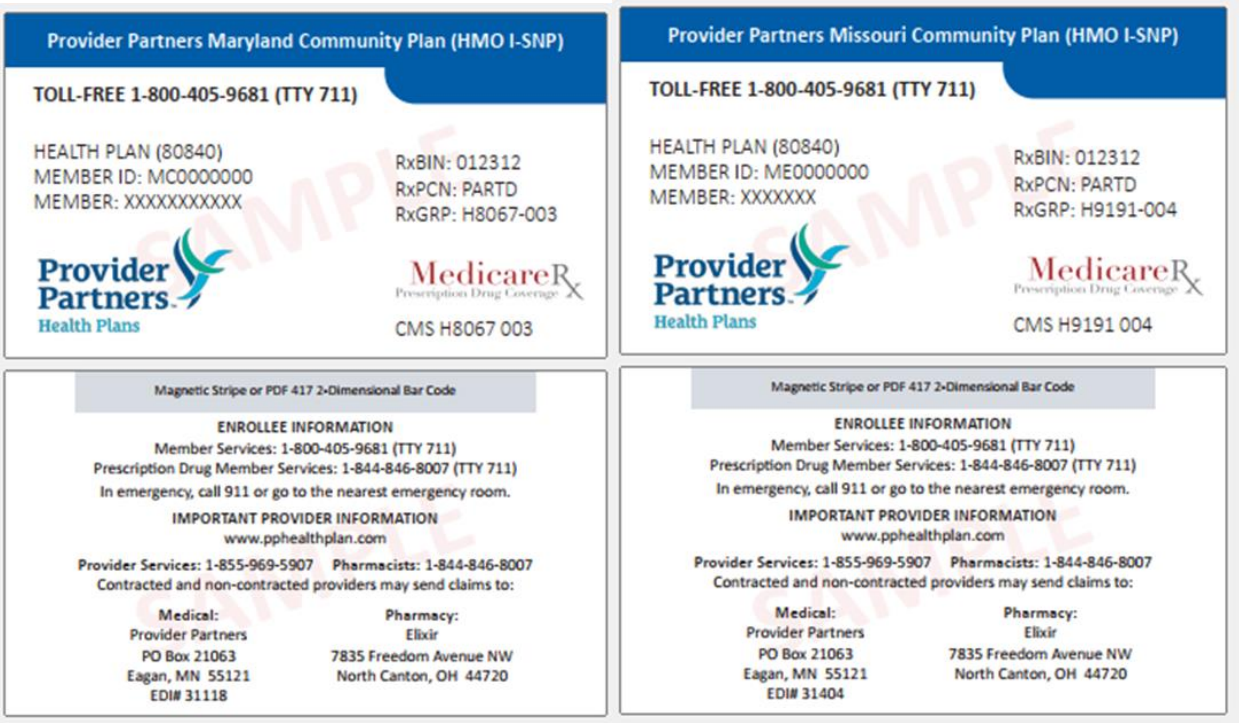
Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o residencia legal

Los miembros de planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o residentes legales en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a *Provider Partners Health Plans* si usted no cumple los requisitos para seguir siendo miembro por ese motivo. *Provider Partners Health Plans* debe cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

Sección 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y medicamentos con receta que obtenga en farmacias de la red. Usted también debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un ejemplo de tarjeta de miembro para que vea cómo será la suya:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de *Provider Partners Health Plans*, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios hospitalarios o servicios de cuidados paliativos, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados de Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

El *Directorio de Proveedores* indica los proveedores de servicios y los distribuidores de equipo médico duradero actuales de nuestra red. **Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, distribuidores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un convenio con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Usted debe usar los proveedores de la red para recibir cuidado y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios requeridos de urgencia cuando la red no está disponible (lo que significa, en situaciones cuando no es razonable o no es posible obtener los servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área de servicio y casos en los que *Provider Partners Health Plans* autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web *www.pphealthplan.com*.

Si usted no tiene su copia del *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una (impresa o en formato electrónico) a Servicio al Cliente. Las copias impresas del Directorio de Proveedores que usted solicite se le enviarán por correo en un plazo no mayor de tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

El directorio de farmacias indica las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han convenido surtir los medicamentos con receta cubiertos a los miembros de nuestro plan. Usted puede consultar el *Directorio de Farmacias* para buscar la farmacia de la red que desee usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no estén dentro de la red del plan.

Si no tiene el **Directorio de Farmacias**, puede pedir una copia a Servicio al Cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web *www.pphealthplan.com*.

Sección 3.4 Lista de Medicamentos Cubiertos (*Formulario*) del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. Para abreviar, la llamamos "Lista de Medicamentos". La lista describe los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos por el beneficio de la Parte D que incluye *Provider Partners Health Plans*. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. La "Lista de Medicamentos" de *Provider Partners Health Plans* cuenta con la aprobación de Medicare.

La "Lista de Medicamentos" también indica si hay alguna regla que limite la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la "Lista de Medicamentos". Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (*www.pphealthplan.com*) o llamar a Servicio al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de *Provider Partners Health Plans*

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 en la Parte D (Sección 4.3)
- Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Sección 4.4)

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos, el programa "Ayuda Adicional" y los Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos. La Sección 7 del Capítulo 2 brinda más información sobre estos programas. Si usted califica, la inscripción en el programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si usted *ya está inscrito* y solicita la asistencia de alguno de estos programas, **es posible que la información que figura en la *Evidencia de Cobertura* sobre primas no aplique a usted**. Le enviamos un documento aparte, titulado *Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Quienes Reciben el Programa "Ayuda Adicional" para Pagar sus Medicamentos con Receta* (también se le llama Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos o Cláusula Adicional LIS), con información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicio al Cliente y solicítelo.

Las primas de la Parte B y de la Parte D de Medicare difieren entre personas con distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte la sección *Costos de Medicare 2024* del manual *Medicare y Usted 2024 (Medicare & You 2024).* Si necesita una copia, puede descargarla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para pedir una copia impresa. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan aparte por *Provider Partners Health Plans.*

Sección 4.2 Prima Mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

Usted debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no cumplen los requisitos para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por Inscripción Tardía en la Parte D

Algunos miembros están obligados a pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que haya terminado su período de inscripción inicial, transcurren 63 días consecutivos o más durante los que usted no tuvo cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. Cobertura de medicamentos con receta acreditable es la cobertura que cumple las normas mínimas de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que usted estuvo sin cobertura de medicamentos con receta de la

Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. Usted tendrá que pagar esta multa durante todo el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe en *Provider Partners Health Plans* por primera vez, le informamos la cantidad de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía en la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

Usted **no** tendrá que pagarla si:

- Recibe el programa "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha estado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de los Veteranos. Su compañía de seguros o su Departamento de Recursos Humanos le indicarán cada año si su cobertura de medicamentos es cobertura acreditable. Esta información puede llegarle por carta o estar incluida en un boletín de noticias del plan. Guarde esta información porque podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

    - **Nota:** Todo aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos con receta acreditable que se espera que pague tanto como el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.

        - **Nota:** Lo siguiente *no* es cobertura de medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Funciona de la siguiente manera:

- Si estuvo 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable después del momento en que cumplió los requisitos para inscribirse en la Parte D por primera vez, el plan contará el número de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes en que estuvo sin cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para el año 2024, la prima promedio es de $34.70.
- Para calcular su multa mensual, tiene que multiplicar el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y redondear a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo, sería el 14 % por $34.70, lo que equivale a $4.858. Esto se redondea a $4.90. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual de la persona que tiene una multa por inscripción tardía en la Parte D**.

Hay tres cosas importantes que debe tener en cuenta acerca de esta multa por inscripción tardía en la Parte D mensual:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año** porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante todo el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, aunque usted cambie de plan.
- Tercero, si usted es menor de 65 años y actualmente está recibiendo los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses en que no tuvo cobertura después del período de inscripción inicial hasta cumplir la edad para inscribirse en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Generalmente, usted debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba para indicarle que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D mientras espera que se revise la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de sus primas mensuales.

Sección 4.4 Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula a partir de sus ingresos brutos ajustados y modificados según lo informado en su declaración de impuestos de hace 2 años ante el Servicio de Impuestos Internos. Si esta cantidad es superior a una cierta cantidad, usted pagará la prima estándar y el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite 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, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le indicará cuál será esa cantidad adicional. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo usted suela pagar la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad extra, usted recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar la cantidad extra al gobierno. No puede pagarla con la prima mensual de su plan. Si usted no paga la cantidad adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con el pago de una cantidad adicional, puede pedir al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual

Sección 5.1 Si paga una multa por inscripción tardía en la Parte D, puede pagarla de varias maneras

Hay 3 formas de pagar la multa.

Opción 1: Pagar con cheque

Debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D directamente a nuestro plan con un cheque a nombre de Provider Partners Health Plans. Le enviaremos una factura cada mes para que efectúe el pago y deberá hacerlo efectivo el primer día del mes siguiente. Usted puede enviar su cheque de pago a Provider Partners Health Plans, 785 Elkridge Landing Road, Suite 300 Linthicum Heights, Maryland 21090. No haga su cheque pagadero a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) o al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS). Debe enviar el pago a Provider Partners Health Plans 785 Elkridge Landing Road, Suite 300, Linthicum Heights, MD 21090. Los pagos enviados por correo a una dirección diferente de Provider Partners Health Plans retrasarán el procesamiento del pago.

Opción 2: *Transferencia automática de fondos*

También puede pagar multa por inscripción tardía de la Parte D haciendo que todos los meses el plan debite el pago automáticamente de su caja de ahorros o cuenta corriente. Los pagos se debitarán aproximadamente el día 25 de cada mes. Para que el pago se debite automáticamente, usted debe firmar una autorización.

Opción 3: Pedir que el pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que el pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la multa por inscripción tardía de esta manera, comuníquese con Servicio al Cliente. Nos complacerá ayudarle a programarlo. (Los números de teléfono del Departamento de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de esta guía).

Cambiar el método de pago de su multa por inscripción tardía en la Parte D.

Si decide cambiar la opción con la que paga la multa por inscripción tardía en la Parte D, puede tardar hasta tres meses para que se aplique el nuevo método de pago. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de pagar la multa por inscripción

tardía en la Parte D a tiempo. Para cambiar su forma de pago, comuníquese con el Servicio al Cliente a través del número de teléfono que figura en la última página de este documento.

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D

La multa por inscripción tardía de la Parte D debe estar pagada en nuestra oficina antes del último día del mes cubierto. Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D, si le correspondía pagar, a tiempo, comuníquese con Servicio al Cliente para determinar si es posible remitirle a algún programa que pueda ayudarle con sus pagos.

Si cancelamos su membresía por falta de pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D, si le correspondía pagar, tendrá cobertura de salud mediante Medicare Original. Además, es posible que no pueda tener cobertura de la Parte D hasta el siguiente año si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (Si usted no tiene cobertura de medicamentos con receta acreditable durante más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D durante todo el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su inscripción, es posible que nos adeude la multa que no haya pagado. Tenemos derecho a cobrarle la cantidad que usted adeude. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), primero tendrá que pagar la cantidad que adeuda para poder inscribirse.

Si usted piensa que la cancelación de su membresía fue una equivocación, puede presentar una queja (también se llama queja formal); consulte el Capítulo 9 que indica cómo presentar una queja. Si se presentó una situación de emergencia fuera de su control la cual produjo el incumplimiento del pago de su multa por inscripción tardía en la Parte D, si le correspondía pagar, dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, volveremos a revisar nuestra decisión. La Sección 10 del Capítulo 9 de este documento le indica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al *1-800-405-9681 (TTY 711)* del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al *711*. Debe realizar su solicitud en un plazo no mayor de 60 días desde la fecha en que se cancele su inscripción.

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

No. No podemos cambiar el monto que le cobramos por la prima mensual de su plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si le corresponde pagar, o que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría suceder si, durante el año, usted comienza a cumplir los requisitos del programa "Ayuda Adicional" o si deja de cumplir los requisitos de dicho programa:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía en la Parte D y comienza a cumplir los requisitos del programa "Ayuda Adicional" durante el año, podría dejar de pagar su multa.
- Si usted pierde el programa "Ayuda Adicional", es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si está 63 días consecutivos o más sin cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable.

Puede obtener más información sobre el programa "Ayuda Adicional" en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su solicitud de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, que incluye su proveedor de cuidado primario.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan necesitan tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuál es el costo compartido para usted.** Por este motivo, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos de estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de unión libre, del Seguro de Accidentes Laborales o Medicaid)
- Si tiene reclamos por responsabilidad civil, como reclamos debido a un accidente de tránsito
- Si ha sido admitido en un asilo de convalecencia
- Si recibe cuidado en una sala de emergencias o en un hospital fuera del área o fuera de la red
- Si cambia su tercero responsable designado (como un cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga)

Si alguno de estos datos cambia, llame a Servicio al Cliente para avisarnos.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia de 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

Medicare nos exige que recopilemos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto es porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con los beneficios de nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de los Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que indique cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea detenidamente esa información. Si es correcta, no deberá hacer nada. Si es incorrecta o si usted tiene otra cobertura que no se haya indicado, llame a Servicio al Cliente. Es posible que tenga que dar su número de ID de miembro del plan a sus otras compañías de seguros (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correcta y puntualmente.

Si usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud de grupo del empleador), existen reglas establecidas por Medicare para determinar si paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se llama pagador primario y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo, llamado pagador secundario, solamente paga si hay costos que la cobertura primaria no cubrió. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que no han sido cubiertos. Si usted tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Las siguientes reglas se aplican a la cobertura de planes de salud de grupo de empleadores o sindicatos:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud de grupo se basa en su empleo actual o en el de un familiar, se determina quién paga primero en función de su edad, la cantidad de empleados de su empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
    - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o el familiar aún trabajan, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o hay al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de unión libre aún trabajan, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si hay al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 20 empleados.

- Si usted tiene Medicare debido a que tiene ESRD, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted comience a cumplir los requisitos de Medicare.

Los siguientes tipos de cobertura generalmente pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo de cobertura:

- Seguro que cubre los daños independientemente de la responsabilidad (incluido el seguro automotor)
- Seguro de responsabilidad civil ante terceros (incluido el seguro automotor)
- Seguro por neumoconiosis del minero (“pulmón negro”)
- Seguro de accidentes laborales

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que hayan pagado Medicare, los planes de salud de grupo de empleadores o Medigap.

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de *Provider Partners Health Plans* (cómo comunicarse con nosotros y cómo contactarse con el Servicio al Cliente)

Cómo comunicarse con Servicio al Cliente de nuestro plan

Para obtener ayuda con reclamos, dudas con respecto a la facturación o la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicio al Cliente de *Provider Partners Health Plans*. Nos complacerá ayudarle.

Método	Servicio al Cliente: Información de contacto
LLAME AL	*1-800-405-9681* Las llamadas a este número son gratuitas. *Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.* Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	*711* Las llamadas a este número son gratuitas. *Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.*
FAX	*1-888-918-2989*
ESCRIBA A	*Provider Partners Health Plans* *P.O. Box 21063* *Eagan, MN 55121*
SITIO WEB	*www.pphealthplan.com*

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una apelación o una decisión de cobertura sobre su cuidado médico

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre lo que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar apelaciones o decisiones de cobertura sobre su cuidado médico o sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *(Qué puede hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).*

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones sobre cuidado médico: Información de contacto
LLAME AL	*1-800-405-9681* Las llamadas a este número son gratuitas. *Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.* Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	*711* Las llamadas a este número son gratuitas. *Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.*
FAX	*1-888-918-2989*
ESCRIBA A	*Provider Partners Health Plans* *P.O. Box 21063* *Eagan, MN 55121*
SITIO WEB	*www.pphealthplan.com*

Método	Decisiones de Cobertura y Apelaciones Relacionadas con los Medicamentos con Receta de la Parte D – Información de Contacto
LLAME AL	*1-844-846-8007* Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	*711* Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	*1-877-503-7231*
ESCRIBA A	*Elixir* *7835 Freedom Avenue NW* *North Canton, OH 44720* *Att: Appeals Department*

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su cuidado médico

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o de las farmacias de nuestra red, incluso una queja sobre la calidad del cuidado que ha recibido. Este tipo de queja no incluye disputas sobre la cobertura ni el pago. Para obtener más información sobre la presentación de una queja relacionada con su cuidado médico, consulte el Capítulo 9 (*Qué puede hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre el cuidado médico: Información de contacto
LLAME AL	*1-800-405-9681* Las llamadas a este número son gratuitas. *Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.* Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	*711* Las llamadas a este número son gratuitas. *Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.*
FAX	*1-888-918-2989*
ESCRIBA A	*Provider Partners Health Plans* *P.O. Box 21063* *Eagan, MN 55121*
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre *Provider Partners Health Plans* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare en Internet, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Método	Quejas sobre la cobertura de medicamentos con receta: Información de contacto
LLAME AL	*1-844-846-8007* Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas, los 7 días de la semana.

Método	Quejas sobre la cobertura de medicamentos con receta: Información de contacto
TTY	*711* Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBA A	*Elixir* *7835 Freedom Avenue NW* *North Canton, OH 44720*
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre *Provider Partners Health Plans* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare en Internet, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por cuidado médico o un medicamento que usted recibió

Si recibió una factura o pagó servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que usted cree que deberíamos pagar, es posible que tenga que pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 *(Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos).*

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

Método	Solicitudes de pago por cuidado médico: Información de contacto
LLAME AL	*1-800-405-9681* Las llamadas a este número son gratuitas. *Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.* Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	*711* Las llamadas a este número son gratuitas. *Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.*
FAX	*1-888-918-2989*

Método	Solicitudes de pago por cuidado médico: Información de contacto
ESCRIBA A	*Provider Partners Health Plans* *P.O. Box 21063* *Eagan, MN 55121*
SITIO WEB	*www.pphealthplan.com*

Método	Solicitudes de pago por medicamentos con receta: Información de Contacto
LLAME AL	*1-844-846-8007* Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	*711* Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	*1-866-646-1403*
ESCRIBA A	*Direct member Reimbursement (DMR)* *Elixir* *7835 Freedom Avenue NW* *North Canton, OH 44720* *Attn: DMR Department*
SITIO WEB	*www.pphealthplan.com*

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de planes Medicare Advantage, incluso con nosotros.

Método	Medicare: Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y otros temas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, asilos de convalecencia, médicos, agencias de asistencia médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus requisitos de participación y opciones de inscripción en Medicare mediante las siguientes herramientas: • **Herramienta para Determinar si Cumple los Requisitos de Medicare:** Proporciona información sobre si usted cumple los requisitos de Medicare. • **Buscador de Planes de Medicare:** Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (Seguro Complementario de Medicare) disponibles en el área donde usted vive. Estas herramientas proporcionan un cálculo *aproximado* de cuáles podrían ser los gastos de su bolsillo en los diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para presentar ante Medicare cualquier queja que tenga sobre *Provider Partners Health Plans.* • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre *Provider Partners Health Plans* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. Si usted no tiene computadora, en su biblioteca o centro para adultos de edad avanzada local, posiblemente le permitan usar una computadora para visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar 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).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. La siguiente es una lista de los Programas Estatales de Asistencia con el Seguro de Salud en cada estado donde prestamos servicios:

- En Maryland, este programa se llama Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP).
- En Missouri, este programa se llama CLAIM, Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP).
- En North Carolina, este programa se llama Programa de Seguro de Salud para Adultos Mayores (Seniors' Health Insurance Program, SHIIP).
- En Pennsylvania, este programa se llama Perspectiva de educación y decisiones de. Medicare de Pennsylvania (Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight, PA MEDI).

El *Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud* es un programa estatal independiente (no tiene relación con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud local a los beneficiarios de Medicare.

Los asesores del *Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud* pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su cuidado o tratamiento médico, y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del *Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud* pueden ayudarle con las preguntas o problemas de Medicare, explicarle sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL PROGRAMA ESTATAL DE ASISTENCIA CON EL SEGURO DE SALUD y OTROS RECURSOS:

- Visite https://www.shiphelp.org (Haga clic en SHIP LOCATOR en la parte central de la página)
- Elija su ESTADO de la lista. Esto le dirigirá a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de Maryland: Información de contacto
LLAME AL	*1-800-243-3425*
TTY	*711*
ESCRIBA A	*Maryland Department of Aging* *301 West Preston St Suite 1007* *Baltimore MD 21201*
SITIO WEB	https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx

Método	CLAIM, Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Missouri: Información de contacto
LLAME AL	*1-800-390-3330*
ESCRIBA A	*CLAIM – Missouri State Health Insurance Assistance Program* *601 W Nifong Blvd, Suite 3A* *Columbia, MO 65203*
SITIO WEB	https://www.missouriclaim.org/

Método	***Programa de Seguro de Salud para Adultos Mayores (SHIIP) (SHIP de North Carolina): Información de contacto***
LLAME AL	*1-855-408-1212*
TTY	*1-877-486-2048* *Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades auditivas o del habla.*
ESCRIBA A	*Seniors' Health Insurance Information Program (SHIIP)* *1201 Mail Service Center* *Raleigh, NC 27699*
SITIO WEB	https://www.ncdoi.gov/consumers/medicare-and-seniors-health-insurance-information-program-shiip

Método	***PA MEDI – Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight:* Información de contacto**
LLAME AL	*1-800-783-7067*
ESCRIBA A	*Pennsylvania Department of Aging* *555 Walnut Street, 5th Floor* *Harrisburg PA 17101*
SITIO WEB	*https://www.aging.pa.gov/aging-services/medicare-counseling/Pages/default.aspx*

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

En cada estado, hay una Organización para la Mejora de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare. La siguiente es una lista de Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad en cada estado donde prestamos servicios:

- Para Maryland, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Programa Livanta BFCC-QIO.
- Para Missouri, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Programa Livanta BFCC-QIO.
- Para North Carolina, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Programa KEPRO BFCC-QIO.
- Para Pennsylvania, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Programa Livanta BFCC-QIO.

Las *Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad* tienen un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pagos de Medicare para que verifiquen la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla. Las *Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad* son organizaciones independientes. No tiene relación con nuestro plan.

Usted debería comunicarse con las *Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad* en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad del cuidado que ha recibido.
- Piensa que la cobertura de su estadía en el hospital termina demasiado pronto.
- Piensa que su cobertura de cuidado de la salud a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) termina demasiado pronto.

Método	Programa Livanta BFCC-QIO (Organización para la Mejora de la Calidad de Maryland)
LLAME AL	1-888-396-4646 de lunes a viernes: de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Sábado y domingo: de 11:00 a.m. a 3:00 p.m. Servicio de buzón de voz las 24 horas
TTY	1-888-985-2660 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	Livanta 10820 Guilford Rd, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com/en/states/Maryland

Método	Programa Livanta BFCC-QIO (Organización para la Mejora de la Calidad de Missouri)
LLAME AL	1-888-755-5580 de lunes a viernes: de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Sábado y domingo: de 11:00 a.m. a 3:00 p.m. Servicio de buzón de voz las 24 horas
TTY	1-888-985-9295 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	Livanta 10820 Guilford Rd, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com/en/states/Missouri

Método	Programa KEPRO BFCC-QIO (Organización para la Mejora de la Calidad de North Carolina)
LLAME AL	1-888-317-0751 Días de semana: de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Fines de semana y feriados: de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.
TTY	711
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa FL 33609
SITIO WEB	http://www.keproqio.com/

Método	Programa Livanta BFCC-QIO (Organización para la Mejora de la Calidad de Pennsylvania)
LLAME AL	1-888-396-4646 de lunes a viernes: de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Sábado y domingo: de 11:00 a.m. a 3:00 p.m. Servicio de buzón de voz las 24 horas
TTY	1-888-985-2660 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	Livanta 10820 Guilford Rd, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com/en/states/pennsylvania

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar si las personas cumplen los requisitos y de controlar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y residentes permanentes legales mayores de 65 años o que tienen una discapacidad o padecen una Enfermedad Renal en Etapa Terminal y reúnen ciertas condiciones, cumplen los requisitos de Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si usted no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la inscripción en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social informándole que tiene que pagar la cantidad extra y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos se redujeron por alguna circunstancia de la vida, puede llamar al Seguro Social para pedir una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarlo.

Método	Seguro Social: Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede usar el sistema telefónico automatizado del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también cumplen los requisitos de Medicaid. Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a los beneficiarios de Medicare a pagar sus costos de Medicare, por ejemplo las primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas que acceden a este programa también cumplen los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que acceden a este programa también cumplen los requisitos para obtener los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuos Calificados (Qualifying Individuals, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Discapacitados y Empleados Calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la *agencia de Medicaid específica de su estado*:

Método	***Maryland Medicaid Association: Información de contacto***
LLAME AL	*Número gratuito: 1-877-4MD-DHMH (1-877-463-3464).* *lunes a viernes, de 8:30 a.m a 5:00 p.m.*
ESCRIBA A	*Maryland Department of Health* *201 W Preston St* *Baltimore MD 21201- 2399*
SITIO WEB	*https://health.maryland.gov/pages/home.aspx*

Método	***MO HealthNet: Información de contacto de Missouri***
LLAME AL	*1-855-373-4636* *lunes a viernes de 7:30 a.m a 5:30 p.m.*
TTY	*1-800-735-2966* *Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.*
ESCRIBA A	*Family Support Division* *P.O. Box 2320* *Jefferson City, MO 65102-2320*
SITIO WEB	*https://mydss.mo.gov/healthcare*

Método	***División NC de Asistencia Médica (programa Medicaid de North Carolina): Información de contacto de Missouri***
LLAME AL	*1-919-855-4100 o 1-800-662-7030* *Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.*
TTY	*1-800-735-2962* *Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.*
ESCRIBA A	*NC Division of Medical Assistance* *2501 Mail Service Center* *Raleigh, NC 27699*
SITIO WEB	http://www.ncdhhs.gov/dma/

Método	*Health Choices: Información de contacto de Pennsylvania*
LLAME AL	*1-866-550-4355,* *de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5:00 p.m.*
TTY	*711*
ESCRIBA A	*Office of Medical Assistance Programs* *Room 515* *625 Forster Street* *Harrisburg, PA 17120-0701*
SITIO WEB	*https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/Medical-Assistance.aspx*

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

El sitio web de 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) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

Programa "Ayuda Adicional" de Medicare

Medicare ofrece el programa "Ayuda Adicional" para pagar los costos de medicamentos con receta a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su vivienda ni su automóvil. Si usted califica, recibe ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos por medicamentos con receta de cualquier plan de medicamentos de Medicare. La cantidad que usted recibe del programa "Ayuda Adicional" también cuenta como gastos de su bolsillo.

Si califica automáticamente para el programa "Ayuda Adicional", Medicare le enviará una carta por correo. Usted no tendrá que presentar una solicitud. Si no califica automáticamente, es posible que pueda recibir el programa "Ayuda Adicional" para pagar las primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para saber si califica para el programa "Ayuda Adicional", llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o

- a su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes). (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si usted cree que ha calificado para recibir el programa "Ayuda Adicional" y cree que está pagando una cantidad incorrecta de costo compartido cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener un comprobante de su nivel de copago correcto o, si ya tiene el comprobante, proporcionárnoslo.

- *Usted o su farmacéutico deben comunicarse con el Servicio al Cliente lo antes posible. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de esta guía).*

  Comunique a nuestro representante del Servicio al Cliente que cree que pagó un importe incorrecto por sus medicamentos con receta. Nuestro representante del Servicio al Cliente revisará con usted una lista de documentos aceptables que pueden ayudarlo a confirmar que usted reúne los requisitos para recibir la Ayuda Adicional. Si tiene alguno de estos documentos, le pediremos que nos envíe una copia por fax al número indicado a continuación. Si no tiene una máquina de fax, le pediremos que envíe una copia por correo al Plan a la dirección que se indica a continuación.

  Provider Partners Health Plans Attention: Enrollment – Best Available Evidence
  PO Box 21063
  Eagan, MN 55121
  Fax: 1-888-918-2989

  Estos son algunos de los documentos que servirían como prueba:

- *Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre y una fecha de elegibilidad durante un mes posterior a junio del año natural anterior*
- *Una copia del documento estatal que confirme la condición de beneficiario activo de Medicaid durante un mes posterior a junio del año natural anterior*
- *Una impresión del archivo electrónico estatal de la inscripción que muestre la situación de Medicaid durante un mes posterior a junio del año natural anterior*
- *Una impresión de pantalla de los sistemas estatales de Medicaid que muestre la situación de Medicaid durante un mes posterior a junio del año natural anterior*
- *Otra documentación facilitada por el Estado que demuestre la condición de beneficiario de Medicaid durante un mes posterior a junio del año natural anterior*
- *En el caso de las personas que no se consideren elegibles, pero que soliciten el LIS y lo obtengan, una copia de la carta de asignación de la Administración de la Seguridad Social (Social Security Administration, SSA).*
- *Si está ingresado en un centro de salud y califica para un costo compartido igual a cero:*
  - *Un recibo del centro que muestre el pago de Medicaid correspondiente a un mes natural completo para esa persona durante un mes posterior a junio del año natural anterior.*
- *Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en su nombre al centro durante un año natural completo*

- *Una impresión de pantalla de los sistemas estatales de Medicaid que muestre su situación institucional en función de una estadía de al menos un mes natural completo a efectos de pago de Medicaid durante un mes posterior a junio del año natural anterior*
- *Los documentos de los CMS y de la SSA adicionales que respaldan el nivel de costos compartidos del LIS de un beneficiario pueden consultarse en el Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes*
    - *Aviso de consideración - publicación N.º 11166 (aviso púrpura)*
    - *Aviso de inscripción automática – publicación N.º 11154 (aviso amarillo)*
    - *Aviso completamente facilitado – publicación N.º 11186 (aviso verde)*
    - *Aviso parcialmente facilitado – publicación N.º 11191 (aviso verde)*
    - *Aviso de cambio de copago – publicación N.º 11199 (aviso naranja)*
    - *Aviso de reasignación – publicación N.º 11208 y 11209*

- Cuando recibamos el comprobante que indique su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto la próxima vez que obtenga su medicamento con receta en la farmacia. Si paga de más por su copago, le reembolsaremos lo que corresponda. Le enviaremos un cheque por la cantidad del sobrepago o le compensaremos dicha cantidad en copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como una deuda suya, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en nombre de usted, es posible que realicemos el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente.

¿Qué sucede si tiene la cobertura de un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda para pagar los medicamentos con receta, las primas de los planes de medicamentos y/u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o en cualquier otro programa que brinde cobertura de medicamentos de la Parte D (excepto el programa “Ayuda Adicional”), igualmente recibirá el descuento del 70 % sobre los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca durante la Etapa sin Cobertura. El descuento del 70 % y el 5 % que pague el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos u otra cobertura.

¿Qué sucede si tiene la cobertura de un Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)?
¿Qué es un Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)?

El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a quienes cumplen los requisitos del programa y viven con VIH o sida a acceder a medicamentos de carácter vital para tratar el VIH. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, que también están en el formulario del ADAP, califican para recibir asistencia con el costo compartido de los medicamentos con receta a través de los *programas específicos del estado que se enumeran a continuación:*

- En Maryland, debe comunicarse con el Programa de Ayuda de Medicamentos para el SIDA (ADAP) de Maryland.
- En Missouri, debe comunicarse con la Oficina de VIH, ETS y Hepatitis del Departamento de Salud y Servicios para la Tercera Edad de Missouri.
- En North Carolina, debe comunicarse con el Programa de Ayuda de Medicamentos para el VIH de North Carolina (North Carolina HIV Medication Assistance Program, NC HMAP).
- En Pennsylvania, debe comunicarse con el Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales.

Nota: Para cumplir los requisitos del Programa ADAP de su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, entre ellos, contar con comprobantes de residencia en el estado y de la condición de VIH, bajos ingresos según la definición del estado y evidencia de no tener seguro o de tener uno insuficiente. Si usted cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida local para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al *programa específico del estado que se indica a continuación:*

- Para Maryland, comuníquese con ADAP llamando al 410-767-6535 o al 1-800-205-6308.
- Para Missouri, comuníquese con ADAP llamando al 573-751-6439.
- Para North Carolina, comuníquese con ADAP llamando al 1-877-466-2232 o al 919-733-9161.
- Para Pennsylvania, comuníquese con ADAP llamando al 1-800-922-9384.

Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos

Muchos estados tienen Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos que asisten a algunas personas para pagar los medicamentos con receta según sus necesidades financieras, edad, condición médica o discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

La siguiente es una lista de los Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos en cada estado donde prestamos servicios:

- En Maryland, el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos se denomina Programa de Ayuda para Medicamentos con Receta para Mayores y Programa para Enfermos Renales de Maryland.
- En Missouri, el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos es el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos con Receta de Missouri.
- En North Carolina, el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos es el Programa de Ayuda para Medicamentos de North Carolina o NC MedAssist.
- En Pennsylvania, el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos es el Contrato de Ayuda para Medicamentos para Personas Mayores (Pharmaceutical Assistance Contract for the Elderly, PACE), el Nivel de Mejora de las Necesidades PACE (PACE Needs Enhancement Tier, PACENET) y el Programa Especial de Beneficios de Medicamentos (Special Pharmaceutical Benefits Program, SPBP) de la Oficina de Salud Mental del Departamento de Bienestar Público.

Método	***Programa de Ayuda para Medicamentos con Receta para Mayores de Maryland*: Información de contacto**
LLAME AL	*1-800-551-5995* lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	*1-800-877-5156* Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	*SPDAP c/o International Software Systems Inc.* *PO Box 749* *Greenbelt, Maryland 20768-0749*
SITIO WEB	*http://marylandspdap.com/*

Método	***Programa para Enfermos Renales (Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos de Maryland): Información de contacto***
LLAME AL	*410-767-5006 o al número gratuito 1-877-4MD-DHMH (1-877-463-3464)* *lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m., hora del Este*
ESCRIBA A	*Maryland Department of Health* *201 West Preston Street* *Baltimore, MD 21201*
SITIO WEB	*http://www.mdrxprograms.com/kdp.html*

Método	***MORx (Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos de Missouri): Información de contacto***
LLAME AL	*1-800-375-1406*
TTY	*1-800-375-1493.* *Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.*
ESCRIBA A	*Missouri Rx Plan* *P.O. Box 6500* *Jefferson City, MO 65102*
SITIO WEB	*https://dss.mo.gov/mhd/faq/pages/faqmo_rx.htm*

Método	***Programa de Ayuda para Medicamentos de North Carolina: Información de contacto***
LLAME AL	*919-527-6440* *de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.*
TTY	*711*
ESCRIBA A	*Office of Rural Health* *311 Ashe Avenue* *Raleigh, NC 27606*
SITIO WEB	https://www.ncdhhs.gov/divisions/orh

Método	***MedAssist de North Carolina: Información de contacto***
LLAME AL	*1-866-331-1348* *de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.*
ESCRIBA A	*NC MedAssist* *4428 Taggart Creek Road, Suite 101* *Charlotte NC 28298*
SITIO WEB	https://medassist.org/free-pharmacy-program/

Método	***Contrato de Ayuda para Medicamentos para Personas Mayores (PACE): Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos de Pennsylvania: Información de contacto***
LLAME AL	*1-800-225-7223 (número gratuito) o 717-651-3600 (local)* *El horario es de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.*
ESCRIBA A	*PACE / PACENET Program* *P.O. Box 8806* *Harrisburg, PA 17105*
SITIO WEB	*www.aging.pa.gov/aging-services/prescriptions/Pages/default.aspx*

Método	***Nivel de Mejora de las Necesidades PACE (PACENET) (Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos de Pennsylvania): Información de contacto***
LLAME AL	*1-800-225-7223 (número gratuito) o 717-651-3600 (Local)* *El horario es de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.*
ESCRIBA A	*PACE Needs Enhancement Tier (PACENET)* *P.O. Box 8806* *Harrisburg, PA 17105*
SITIO WEB	*www.aging.pa.gov/aging-services/prescriptions/Pages/default.aspx*

Método	***Programa Especial de Beneficios de Medicamentos (SPBP) de la Oficina de Salud Mental del Departamento de Bienestar Público (Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos de Pennsylvania): Información de contacto***
LLAME AL	*1-800-922-9384* *De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.*
TTY	*711*
ESCRIBA A	*Department of Health* *Special Pharmaceutical Benefits Program (SPBP)* *P.O. Box 8808* *Harrisburg, PA 17105-8808*
SITIO WEB	*www.health.pa.gov/topics/programs/HIV/Pages/Special-Pharmaceutical-Benefits.aspx*

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los empleados ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", puede hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) los lunes, martes, jueves y viernes, de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., y los miércoles, de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. Si presiona "1", puede acceder a la Línea de Ayuda automatizada de la Junta de Retiro Ferroviario que cuenta con información grabada, las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro de grupo u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de unión libre) recibe beneficios del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato, o a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre). (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la contraportada de este documento.) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) con preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan.

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**, quien puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta actual con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:
Cómo usar el plan para recibir sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener su cuidado médico como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que debe saber sobre cómo usar el plan para recibir su cuidado médico cubierto. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para recibir los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otro cuidado médico que están cubiertos por el plan.

Para ver detalles sobre qué cuidado médico cubre nuestro plan y cuánto paga usted al recibir este cuidado, consulte la tabla de beneficios del capítulo siguiente, Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos. Qué está cubierto y qué paga usted*).

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

- **Proveedores** son médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que tienen una licencia del estado para prestar servicios y cuidado médico. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de cuidado de la salud.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud con los que tenemos un convenio por el que aceptan nuestro pago y la cantidad de su costo compartido como pago total. Hemos hecho los arreglos necesarios para que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente el cuidado que le brindan. Cuando usted consulta a un proveedor de la red, paga solamente la parte del costo que le corresponde por los servicios.
- **Servicios cubiertos** incluyen todo el cuidado médico, los servicios para el cuidado de la salud, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. La tabla de beneficios del Capítulo 4 indica sus servicios cubiertos para el cuidado médico. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta se detallan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir su cuidado médico cubierto por el plan

Por ser un plan de salud de Medicare, *Provider Partners Health Plans* cubre todos los servicios que cubre Medicare Original y debe seguir las reglas de cobertura de Medicare Original.

Provider Partners Health Plans generalmente cubrirá su cuidado médico siempre y cuando:

- **El cuidado que usted reciba esté incluido en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla aparece en el Capítulo 4 de este documento).
- **El cuidado que reciba se considere médicamente necesario.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica, y que cumplen los estándares de la medicina aceptados.

- **Usted tenga un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) de la red que proporcione y supervise su cuidado.** Como miembro de nuestro plan, podría elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de las situaciones, nuestro plan debe darle la preaprobación antes de que usted pueda usar otros proveedores dentro de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de asistencia médica a domicilio. Esto se llama darle una referencia. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
    - No necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para recibir cuidado de emergencia o servicios requeridos de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede obtener sin la aprobación por anticipado de su proveedor de cuidado primario (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir su cuidado de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no tendrá cobertura. Esto significa que usted tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Las siguientes son tres excepciones:*
    - El plan cubre el cuidado de emergencia o los servicios requeridos de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y saber qué significa cuidado de emergencia o servicios requeridos de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
    - Si usted necesita cuidado médico que Medicare exige que nuestro plan cubra pero no hay especialistas en nuestra red que le proporcionen ese cuidado, usted puede recibirlo de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si hubiera recibido el cuidado de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
    - El plan cubre los servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor que le presta este servicio no esté a su disposición o no esté accesible temporalmente. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está a su disposición temporalmente y usted decide obtener los 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 proveedores dentro de la red del plan para obtener cuidado médico

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para que proporcione y supervise su cuidado médico

¿Qué es un Proveedor de Cuidado Primario y qué hace por usted?

Su proveedor de cuidado primario es el médico u otro profesional de cuidado de la salud a quien usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Este médico se asegura de que usted reciba el cuidado que necesita para mantenerse en buen estado de salud. El rol del proveedor de cuidado primario es proporcionarle cuidado preventivo, enseñarle hábitos para una vida saludable, identificar y tratar condiciones médicas frecuentes, orientarle para que acuda al lugar más adecuado para recibir cuidado, y también es posible que hable con otros médicos y proveedores de cuidado de la salud sobre el cuidado que usted necesita y que le refiera a ellos. En nuestros planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de cuidado primario antes de acudir a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud. Entre los proveedores que pueden ejercer como PCP se incluyen los de medicina general, medicina de familia, medicina interna, geriatría, asistentes médicos y enfermeros profesionales. Algunos servicios que presta su proveedor de cuidado primario pueden requerir la autorización previa del plan. Es responsabilidad del proveedor de cuidado primario pedir y obtener autorización, cuando sea necesario.

¿Cómo elige su proveedor de cuidado primario?

Usted elige a su proveedor de cuidado primario valiéndose del Directorio de Proveedores o pidiendo la asistencia de Servicio al Cliente. Por lo general, usted puede elegir a su proveedor de cuidado primario cuando se inscribe indicando su elección en el formulario de inscripción. Si no selecciona un proveedor de cuidado primario, le asignaremos uno. Puede cambiar de proveedor de cuidado primario en cualquier momento.

Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario

Puede cambiar de proveedor de cuidado primario por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su proveedor de cuidado primario deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que buscar otro proveedor de cuidado primario. Usted puede cambiar su proveedor de cuidado primerio llamando a Servicio al Cliente. Allí le ayudarán a elegir un proveedor de cuidado primario nuevo. Deje pasar, por lo menos, 30 días para que entre en vigencia el cambio de proveedor de cuidado primario.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de cuidado médico puede recibir sin una referencia de su proveedor de cuidado primario?

Puede recibir los servicios que se enumeran a continuación sin obtener la aprobación por adelantado de su proveedor de cuidado primario.

- Cuidado de la salud de la mujer de rutina, que incluye exámenes de senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos, siempre y cuando usted los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores dentro o fuera de la red.
- Servicios requeridos de urgencia son servicios cubiertos que no sean servicios para emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no están a su disposición ni accesibles temporalmente o cuando el miembro se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, cuando usted necesita cuidado inmediato durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio para que podamos hacer los arreglos necesarios para que usted reciba diálisis de mantenimiento mientras está lejos.

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

Un especialista es un médico que presta servicios para el cuidado de la salud para tratar una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas. Algunos ejemplos son:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con condiciones cardíacas.
- Ortopedistas, que atienden a pacientes con determinadas condiciones óseas, articulares o musculares.
- El proveedor de cuidado primario tiene la responsabilidad principal de coordinar el cuidado de la salud general del Miembro entre sus distintos proveedores para el cuidado de la salud. El proveedor de cuidado primario trabaja en estrecha colaboración con la enfermera especialista de Provider Partners para promover el uso de los proveedores de la red, analizar los patrones de referencia y evaluar la necesidad médica. Los miembros pueden consultar especialistas de la red con una orden del proveedor de cuidado primario o de la enfermera especialista.
- Para algunos servicios, su proveedor de cuidado primario quizás necesite aprobación por anticipado de nuestro plan (a esto se le llama "preautorización").
- Los servicios cubiertos que exigen la preautorización incluyen, entre otros:

  - Admisión como paciente hospitalizado/reclusión y extensiones de estadía más allá del tiempo de estadía originalmente certificado en un hospital o centro de enfermería especializada (servicios de salud opcionales, que no sean de emergencia ni requieren atención de urgencia);
  - Todos los servicios quirúrgicos ambulatorios y para pacientes hospitalizados;
  - Todos los servicios de una agencia de asistencia médica a domicilio;
  - Servicios de trasplante;
  - Prótesis, algunos equipos médicos duraderos, oxígeno y suministros médicos;
  - Todos los servicios que brindan los proveedores fuera de la red. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para conocer más sobre los servicios que exigen preautorización.
- Los proveedores completan un formulario de solicitud de autorización que les da el Plan y se comunican con el Equipo de Administración de la Utilización por fax. Se aconseja a los proveedores que hablen con el proveedor de cuidado primario o la enfermera especialista del miembro para asegurarse de que este reciba el plan de cuidado adecuado.
- Al revisar las solicitudes de autorización, se utilizan los criterios de Medicare, así como las pautas sobre cuidado de la salud. El director médico toma todas las decisiones de denegación de servicios médicos y servicios fuera de la red, y está a disposición para recibir consultas de profesionales rechazados de la red o fuera de la red. Además, el director médico puede ponerse en contacto con especialistas de la red para que le asistan en la revisión de colegas. Si es necesaria más información, el personal de Provider Partners se comunicará con el proveedor solicitante para conseguir la documentación.
- Elegir a un proveedor de cuidado primario específico no limita respecto de a cuál especialista u hospital le refiere ese proveedor (es decir, subred, círculos de referencia). Si tiene preguntas o inquietudes respecto de los requisitos de autorización de un servicio cubierto por este plan, comuníquese con Servicio al Cliente.

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

Durante el año, podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Si su médico o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
  - Si su proveedor de cuidado primario o de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si usted ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.

  - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si se le asigna al proveedor, si actualmente recibe cuidado de él o si le ha consultado en los últimos tres meses.

- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que puede acceder para seguir con su cuidado.
- Si usted está actualmente bajo tratamiento médico o terapias con su médico actual, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento o las terapias médicamente necesarios que está recibiendo, y colaboraremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que podría tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero a un costo compartido igual que si se tratara de uno dentro de la red, cuando un proveedor dentro de la red o un beneficio no está disponible o es inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. *Si nuestra red no tiene un especialista calificado para prestar un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio a un costo compartido igual que si se tratara de uno dentro de la red. Se necesita autorización para todos los proveedores fuera de la red.*
- Si usted se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor para administrar su cuidado.
- Si usted cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado no está siendo administrado apropiadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado ante la Organización para la Mejora de la Calidad, una queja formal sobre la calidad del cuidado ante el plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo recibir cuidado de proveedores fuera de la red

Hay circunstancias en las que los miembros pueden acceder a servicios de proveedores fuera de la red. Los miembros que recién reúnen los requisitos y están en tratamiento con un proveedor fuera de la red al momento del cumplimiento pueden seguir recibiendo servicios de ese proveedor. Los proveedores fuera de la red que tengan miembros con un plan de tratamiento en curso deben notificar al plan de salud y solicitar la autorización de los servicios según corresponda de acuerdo con los beneficios del plan. Una vez que el plan de salud tiene conocimiento de que el miembro recibe el cuidado de un proveedor fuera de la red, el proveedor deberá enviar una solicitud de autorización. Se debe entregar toda la información clínica de respaldo que justifique la continuidad de los servicios solicitados. Durante este tiempo, no se interrumpirá el cuidado que se esté brindando hasta que se revise la información clínica y se determine la necesidad médica y conveniencia. En el caso en que no haya un especialista de la red a su disposición, el miembro podrá acceder a un proveedor fuera de la red, a criterio del proveedor de cuidado primario.

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cuando tiene una emergencia o necesita cuidado de urgencia, o durante una catástrofe

Sección 3.1 Cómo recibir cuidado si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debería hacer si tiene una?

Una **emergencia médica** se da cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir su muerte (y, si está embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o limitación grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor grave o una condición médica que está empeorando rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si es necesario. *No* necesita obtener primero la aprobación ni una referencia de su Proveedor de Cuidado Primario. No es necesario usar un médico de la red. Puede recibir cuidado médico de emergencia cubierto siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, aunque no forme parte de nuestra red.
- **En cuanto sea posible, asegúrese de que nuestro plan se entere de su emergencia.** Debemos realizar un seguimiento de su cuidado de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para avisarnos que recibió cuidado de emergencia, por lo general, dentro de las 48 horas. Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (TTY 711). Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en que llegar a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le prestan el cuidado de emergencia decidirán en qué momento su condición se ha estabilizado y ha pasado la emergencia médica.

Una vez que haya pasado la emergencia, usted tiene derecho a recibir cuidado médico de seguimiento para confirmar que su condición siga siendo estable. Sus médicos seguirán tratándole hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para el cuidado adicional. Nuestro plan cubrirá su cuidado médico de seguimiento.

Si recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos hacer los arreglos necesarios para que los proveedores de la red continúen con su cuidado en cuanto su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no era una emergencia médica?

En ocasiones, puede resultar difícil saber si se trata de una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que usted solicite cuidado de emergencia —pensando que su salud está en grave peligro— y que el médico le diga que, en realidad, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, pero razonablemente usted consideró que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su cuidado.

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* era una emergencia, cubriremos el cuidado adicional *solamente* si usted lo recibe de una de estas dos maneras:

- Visita a un proveedor de la red para recibir el cuidado adicional.
- – *O* – el cuidado adicional que usted recibe se considera servicios requeridos de urgencia y usted sigue las reglas para recibir este cuidado de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo recibir cuidado si necesita servicios de urgencia

¿Qué son los servicios requeridos de urgencia?

Un servicio requerido de urgencia es una situación que no es de emergencia, pero que requiere cuidado médico inmediato; sin embargo, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener esos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios requeridos de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos de urgencia son i) un fuerte dolor de garganta que se produce durante el fin de semana o ii) la intensificación imprevista de una condición conocida cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio.

Consulte en nuestro Directorio de Proveedores la lista de los centros de cuidado de urgencia de nuestra red. Puede llamar a Servicio al Cliente al número que aparece en la contraportada de esta guía.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios requeridos de urgencia ni ningún otro servicio que usted reciba fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Cómo recibir cuidado durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declaran el estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, usted seguirá teniendo derecho a recibir cuidado de su plan.

Para obtener información sobre cómo obtener el cuidado necesario durante una catástrofe, visite el siguiente sitio web: *www.pphealthplan.com*.

Si no puede usar un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener cuidado de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe, es posible que pueda surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

SECCIÓN 4 ¿Qué puede hacer si le facturan directamente el costo total de sus servicios?

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si usted pagó más que su costo compartido del plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total

Provider Partners Health Plans cubre todos los servicios médicamente necesarios según se indica en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de este documento. Si usted recibe servicios que no cubre nuestro plan o servicios fuera de la red que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Por los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio por ese tipo de servicio cubierto. *Pagar costos una vez que se alcanzó el límite de beneficios no cuenta como gasto de su bolsillo.*

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidado médico, por ejemplo, el efecto que surte un nuevo medicamento para tratar el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese su interés, alguien que trabaje en dicho estudio se comunicará con usted para explicarle mejor el estudio y determinar si usted cumple los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla los requisitos del estudio *y* entienda y acepte plenamente lo que implica su participación en el estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos 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, usted tendrá que presentar documentación que demuestre lo que usted pagó. Si participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su cuidado (no relacionado con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* tiene que avisarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. *No* es necesario que los proveedores que le proporcionan su cuidado como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar los beneficios. Estos incluyen ciertos beneficios especificados conforme a las determinaciones nacionales de cobertura (national coverage determinations, NCD) y los ensayos de dispositivos de investigación (investigational device trials, IDE), y pueden estar sujetos a una preautorización y a otras reglas del plan.

Aunque usted no necesite obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Medicare Original para los miembros de Medicare Advantage, le recomendamos que nos avise con anticipación si decide participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Sección 5.2 Si usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada costo?

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubrirá los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, que incluyen:

- Habitación y comida durante una estadía en el hospital por la que Medicare pagaría incluso si usted no participara 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 del nuevo cuidado.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y el costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que la que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, tiene la obligación de presentar documentación que muestre cuánto costo compartido ha pagado. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar las solicitudes de pago.

> *El siguiente es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* Supongamos que le realizan una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su costo compartido por esta prueba es de $20 con Medicare Original, pero que sería de $10 con los beneficios de nuestro plan. En ese caso, Medicare Original pagaría $80 por la prueba y usted pagaría $20 de copago requerido por Medicare Original. Luego, usted tendría que notificarle al plan que recibió un servicio de ensayo clínico aprobado y presentar la documentación apropiada, como por ejemplo, una factura del proveedor al plan. El plan le pagaría directamente a usted $10. Por lo tanto, usted paga $10, que es la misma cantidad que pagaría según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, usted debe presentarle al plan la documentación necesaria, como por ejemplo, una factura del proveedor.

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que se prueba en el estudio, a menos que Medicare cubriera el artículo o el servicio incluso aunque usted *no* participara en un estudio.
- Los artículos o los servicios que se proporcionan solo para recopilar datos y que no se usan en el cuidado directo de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagará tomografías computarizadas (computerized tomography, CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su condición médica normalmente requiriera solo una tomografía computarizada.

¿Desea saber más?

Para obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica, puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare y Pruebas Clínicas*. (La publicación está disponible en: es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-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 recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para servicios de salud?

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un centro que proporciona cuidado para una condición que, habitualmente, se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, cubriremos el cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud. Este beneficio se proporciona solamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios para el cuidado de la salud no médicos).

Sección 6.2 Cómo Recibir Cuidado de una Institución Religiosa No Médica para Servicios de Salud

Para recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud, usted debe firmar un documento legal que afirme que, a conciencia, se opone a recibir tratamiento médico **no exceptuado**.

- El cuidado o tratamiento médico **no exceptuado** es todo cuidado o tratamiento médico que es *voluntario* y *no requerido* por ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es el cuidado o tratamiento médico que usted recibe que *no* es voluntario o que se *requiere* según la ley federal, estatal o local.

Para tener la cobertura de nuestro plan, el cuidado que se recibe en una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de los servicios que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* del cuidado.
- Si esta institución le presta servicios en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Usted debe tener una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados o para cuidado en un centro de enfermería especializada.
    - – *Y* – usted debe obtener la preaprobación de nuestro plan antes de su admisión en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

El cuidado que se brinda en una institución religiosa no médica para servicios de salud certificada por Medicare está limitado solo de conformidad con las limitaciones que se observan en los límites de cobertura para cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados de Medicare, según se describe en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Reglas que rigen la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Usted será dueño del equipo médico duradero después de una determinada cantidad de pagos conforme a nuestro plan?

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones motorizados, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio. El miembro siempre es el dueño de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, describimos otros tipos de equipo médico duradero que usted debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero adquieren la propiedad del equipo una vez que pagaron copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de *Provider Partners Health Plans*, usted no adquirirá la propiedad de artículos de equipo médico duradero alquilados independientemente de cuántos copagos haya realizado por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de equipo médico duradero conforme a Medicare Original antes de que se inscribiera en nuestro plan.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por equipo médico duradero si se cambia a Medicare Original?

Si no adquirió la propiedad de un artículo de equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de pasarse a Medicare Original para adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras usted esté inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare Original no cuentan. Tendrá que realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Usted realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Mientras estaba en nuestro plan, no adquirió la propiedad. Luego vuelve a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Medicare Original. No cuenta ninguno de los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original).

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿Cuáles son los beneficios de oxígeno a los que tiene derecho?

Si usted califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, *Provider Partners Health Plans* cubrirá:

- Alquiler del equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

Si usted deja *Provider Partners Health Plans* o médicamente ya no necesita el equipo de oxígeno, debe devolverlo.

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

Medicare Original exige que el distribuidor de oxígeno le preste servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el distribuidor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, usted puede elegir entre quedarse con la misma compañía o irse a otra. En ese momento, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, aunque siga en la misma compañía, lo que le obliga a pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo deja, el ciclo de cinco años vuelve a empezar.

CAPÍTULO 4:
Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos

Este capítulo incluye una Tabla de Beneficios Médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de *Provider Partners Health Plans*. Más adelante en este capítulo, usted puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de su bolsillo que usted puede pagar por sus servicios cubiertos

Para comprender la información sobre pagos de este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de su bolsillo que quizás deba pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **copago** es la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- Un **coseguro** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 le brinda más información sobre sus coseguros).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa para Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) nunca deberían pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor un comprobante de que usted cumple los requisitos de Medicaid o del programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Debido a que está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite en la cantidad total que usted tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos. A este límite se le llama el máximo de gastos de su bolsillo (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2024, esta cantidad es $1,500.

Las cantidades que usted paga en concepto de copagos y coseguros por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para alcanzar este máximo de gastos de su bolsillo. Las cantidades que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo. Si llega al máximo de gastos de su bolsillo de *$1,500* no tendrá que pagar ningún otro gasto de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la pague Medicaid u otro tercero).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo

Como miembro de *Provider Partners Health Plans*, una protección importante para usted es que solo debe pagar la cantidad de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, lo que se llama **facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

A continuación se explica cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dinero, por ejemplo, $15.00), usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto que reciba de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje del cargo total), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que consulte:
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare correspondiente a los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solamente en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted obtiene una referencia o para emergencias o servicios requeridos de urgencia).
    - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare correspondiente a los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solamente en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted obtiene una referencia o para emergencias o servicios requeridos de urgencia fuera del área de servicios).
- Si cree que un proveedor le facturó el saldo, llame al Servicio al Cliente.

SECCIÓN 2 Use la Tabla de Beneficios Médicos para saber los servicios que cubre el plan y lo que pagará usted

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

En la Tabla de Beneficios Médicos de las páginas siguientes se detallan los servicios que cubre *Provider Partners Health Plans* y qué paga usted de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se detalla en el Capítulo 5. Los servicios indicados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare se deben prestar conforme a las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen el cuidado, los servicios, los suministros y los equipos médicos, así como los medicamentos con receta de la Parte B) **deben** ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica, y que cumplen los estándares de la medicina aceptados.
- Usted recibe cuidado de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que se trate de cuidado de urgencia o de emergencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una referencia. Esto significa que usted tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) que proporciona y supervisa su cuidado.
- Algunos de los servicios indicados en la Tabla de Beneficios Médicos *solo* están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra preaprobación (a veces llamada preautorización). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado se indican en la Tabla de Beneficios Médicos con una nota al pie.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Por otros, paga *menos*. (Si usted desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y Usted 2024*. El manual está disponible en Internet en www.medicare.gov o puede pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- También cubrimos sin costo para usted todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original. Sin embargo, si durante la visita en la que recibe el servicio preventivo a usted también le tratan o controlan por una condición médica existente, se aplicará un copago por el cuidado recibido en relación con la condición médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura de cualquier nuevo servicio durante el 2024, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Si usted se encuentra dentro del período de *1* mes del plan en el que se considera que continúa cumpliendo los requisitos, seguiremos brindándole todos los beneficios que cubre el plan, y sus costos compartidos no cambiarán durante este período.

La manzana indica los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solamente cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, asistente médico, enfermera especialista o enfermera especialista clínica.	No hay ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para recibir esta evaluación preventiva.

Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A efectos de este beneficio, dolor lumbar crónico se define como: • Persistente por 12 semanas o más; • no específico, lo que significa que no tiene una causa sistémica identificable (por ejemplo, no asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento se debe discontinuar si el paciente no mejora o si recae. Requisitos para Proveedores: Los médicos (según lo definido en la Sección 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden practicar la acupuntura según los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (physician assistant, PA), las enfermeras especialistas (nurse practitioner, NP)/los especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialist, CNS) (según lo identificado en la Sección 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden practicar la acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • un máster o un doctorado en acupuntura o en Medicina Oriental de una facultad acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (American College of Acupuncture and Oriental Medicine. ACAOM); y, • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, un territorio o un estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o District of Columbia. El personal auxiliar que practica la acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un asistente médico o una enfermera especialista/un especialista en enfermería clínica requerido por nuestras normas en las Secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR).	*Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.*
Servicios de ambulancia	

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en situaciones de emergencia o que no sean de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea, en avión o helicóptero, hasta el centro apropiado más cercano que pueda proporcionar cuidado, solo si estos servicios se prestan a un miembro cuya condición médica es tal que el uso de otros medios de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que el uso de otros medios de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	*Usted paga el 20 % del costo total de cada viaje en una sola dirección en ambulancia con cobertura de Medicare*
Visita de bienestar anual Si usted ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y sus factores de riesgo actuales. Esta visita está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera visita de bienestar anual no se puede realizar durante el lapso de 12 meses después de su visita preventiva Bienvenido a Medicare. Sin embargo, después de que usted haya tenido la Parte B durante 12 meses, no es necesario que haya realizado una visita Bienvenido a Medicare para que sus visitas de bienestar anuales tengan cobertura.	La visita de bienestar anual no está sujeta a ningún coseguro, copago ni deducible.
Medición de masa ósea Las personas que califican (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis) tienen cobertura de los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de masa ósea cubierta por Medicare.

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	Las mamografías de detección cubiertas no están sujetas a ningún coseguro, copago ni deducible.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca, que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento, tienen cobertura para los miembros que reúnen ciertas condiciones y que cuentan con la indicación de un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva, que generalmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales.	*Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.* *Se pueden aplicar autorizaciones previas*
Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por año con su médico de cuidado primario para ayudarle a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar del uso de aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté siguiendo una dieta saludable.	El beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares con terapia conductual intensiva no está sujeto a ningún coseguro, copago ni deducible.
Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares Los análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías relacionadas con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular) están cubiertos una vez cada cinco años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertos una vez cada 5 años.

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolau y los exámenes pélvicos están cubiertos cada 24 meses. • Si usted está en alto riesgo de cáncer vaginal o del cuello uterino o si está en edad fértil y una prueba de Papanicolau no le dio normal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolau cada 12 meses.	La prueba de Papanicolau y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare no están sujetos a ningún coseguro, copago ni deducible.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.	*Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de cáncer colorrectal Los siguientes exámenes de detección están cubiertos: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad, y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no están en alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes que están en alto riesgo después de un enema de bario o una colonoscopia de detección previos. • Sigmoidoscopia flexible para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no están en alto riesgo después de haberse realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes que están en alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de detección de sangre oculta en la materia fecal para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • Análisis multiobjetivo de ADN en heces fecales para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de Biomarcadores en Sangre para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de Bario como alternativa a una colonoscopia para los pacientes que están en alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de Bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para los pacientes que no están en alto riesgo y que son mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal en heces fecales no invasivo cubierto por Medicare arroje un resultado positivo.	No hay coseguro, copago o deducible por el examen de detección de cáncer colorrectal con cobertura de Medicare, sin incluir los enemas de bario, para los que se aplica un coseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopía o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y usted paga el 15 % de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de sus médicos. En régimen ambulatorio, también paga al hospital un coseguro del 15 %. No se aplica el deducible de la Parte B. *Usted paga el 20 % del costo total de los enemas de bario cubiertos por Medicare.*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, concretamente cuando ese servicio forma parte integrante del tratamiento específico de la condición médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para la radioterapia para el cáncer que afecta a la mandíbula o los exámenes bucales que preceden a un trasplante de riñón. Además, cubrimos: *Servicios dentales preventivos* • *Exámenes bucales* • *Limpiezas* • *Tratamientos con fluoruro* • *Radiografías dentales* *Servicios dentales integrales* • *Servicios no de rutina* • *Servicios de diagnóstico* • *Servicios restaurativos* • *Servicios de endodoncia* • *Servicios de periodoncia* • *Extracciones* • *Prostodoncia y servicios maxilofaciales*	*Usted paga un coseguro del 20 % por cada servicio dental cubierto por Medicare.* ***Maryland (MD)**: Usted paga $0 de copago por 1 examen bucal, 1 profilaxis, 1 tratamiento con flúor, 1 juego de radiografías dentales con una asignación combinada de $3,000 para servicios dentales preventivos e integrales. No existe una combinación de servicios incluidos en una sola visita al consultorio. Usted es responsable de cualquier cantidad que supere el límite de cobertura dental.* ***Missouri (MO):** Usted paga $0 de copago por 1 examen bucal, 1 profilaxis, 1 tratamiento con flúor, 1 juego de radiografías dentales con una asignación combinada de $3,000 para servicios dentales preventivos e integrales. No existe una combinación de servicios incluidos en una sola visita al consultorio. Usted es responsable de cualquier cantidad que supere el límite de cobertura dental.*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios dentales (continuación)	***North Carolina (NC):*** *Usted paga $0 de copago por 1 examen bucal, 1 profilaxis, 1 tratamiento con flúor, 1 juego de radiografías dentales con una asignación combinada de $3,000 para servicios dentales preventivos e integrales. No existe una combinación de servicios incluidos en una sola visita al consultorio. Usted es responsable de cualquier cantidad que supere el límite de cobertura dental.* ***Pennsylvania (PA):*** *Usted paga $0 de copago por 1 examen bucal, 1 profilaxis, 1 tratamiento con flúor, 1 juego de radiografías dentales con una asignación combinada de $3,000 para servicios dentales preventivos e integrales. No existe una combinación de servicios incluidos en una sola visita al consultorio. Usted es responsable de cualquier cantidad que supere el límite de cobertura dental.*
Evaluación de depresión Cubrimos una evaluación de depresión por año. La evaluación se debe realizar en un centro de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.	No hay coseguro, copago ni deducible por una visita para una evaluación de depresión anual.

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Pruebas de detección de la diabetes Cubrimos estas pruebas de detección (que incluyen pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o historial de nivel alto de azúcar (glucosa) en la sangre. Es posible que las pruebas también estén cubiertas si usted cumple otros requisitos, como si tiene sobrepeso e historial familiar de diabetes. En función de los resultados de estas pruebas, usted puede cumplir los requisitos para realizarse hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses.	Las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare no están sujetas a ningún coseguro, copago ni deducible.
Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (usen o no insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para medir la glucosa en la sangre: Medidor de glucosa en la sangre, tiras para medir la glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas, y soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de los glucómetros y las tiras para medir la glucosa. • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluye las plantillas que vienen con los zapatos) y dos pares adicionales de plantillas; o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas que vienen con los zapatos, no hechas a medida y que se pueden quitar). La cobertura incluye el ajuste a medida. • La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta en ciertos casos.	*Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12, así como en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, usted puede encontrar una definición de equipo médico duradero.) Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo equipo médico duradero que sea médicamente necesario y que tenga cobertura de Medicare Original. Si nuestro distribuidor en su área no ofrece una marca o un fabricante en particular, usted puede pedirle si puede realizar un pedido especial para usted. La lista más actualizada de distribuidores está disponible en nuestro sitio web en *www.pphealthplan.com*. Por lo general, *Provider Partners Health Plans* cubre todo el equipo médico duradero que cubre Medicare Original de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos diga que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es un miembro nuevo de *Provider Partners Health Plans* y la marca del equipo médico duradero que está usando no figura en nuestra lista, seguiremos cubriendo esta marca por un plazo de hasta 90 días. Durante ese tiempo, debería hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de ese período de 90 días. (Si no se pone de acuerdo con su médico, puede pedirle que le refiera para una segunda opinión.) Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, puede presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión del proveedor sobre el producto o la marca que es apropiada para su condición médica. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, *Qué puede hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*.)	*Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.* *Para gastos facturados por más de $750 se requiere autorización* Los costos compartidos de la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es del *20 % del costo total*, todos los *meses*. Su costo compartido no cambiará después de tener una inscripción activa durante 36 meses. Si antes de inscribirse en *Provider Partners Health Plans* usted pagó 36 meses de alquiler por la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en *Provider Partners Health Plans* es del 20 % del costo total.

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuidado de emergencia El cuidado de emergencia se refiere a los servicios que son: • Prestados por un proveedor calificado para prestar servicios para emergencias y • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica se da cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor grave o una condición médica que está empeorando rápidamente. El costo compartido por los servicios necesarios para emergencias prestados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios prestados dentro de la red. *El cuidado de emergencia está cubierto dentro de los Estados Unidos y sus territorios, no en el resto del mundo.*	*Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de $135) por consulta. El costo compartido no se cobra si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas.* Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado para pacientes hospitalizados después de que se estabiliza su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su cuidado siga estando cubierto *O* debe recibir su cuidado para pacientes hospitalizados en el hospital fuera de la red que autorice el plan, y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Beneficio de Acondicionamiento Físico *El beneficio de acondicionamiento físico le da acceso a instalaciones de acondicionamiento físico dentro de la red que incluyen un equipo de personal de apoyo formado y una variedad de clases rotativas de ejercicio en grupo. También hay clases dirigidas a mejorar la memoria y la función cognitiva, como una clase de cardio-tambor diseñada para que los participantes puedan seguir secuencias de patrones, movimientos y velocidad. En primer lugar, se evalúa la capacidad de memoria del miembro y las clases se adaptan a sus capacidades cognitivas. Si tiene alguna duda sobre las instalaciones que puede utilizar, comuníquese con el Servicio al Cliente.*	***North Carolina (NC):*** *Usted paga un copago de $0 para utilizar los servicios en los centros de la red.*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para la audición Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y del equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado para pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. *Además de los beneficios cubiertos por Medicare, nuestro plan también cubre los siguientes beneficios para la audición no cubiertos por Medicare:* • *Exámenes de audición de rutina: 1 examen al año* • *Evaluación y ajuste de los aparatos auditivos: 4 ajustes/evaluaciones de aparatos auditivos cada 2 años* • *Aparatos auditivos* *Llame a Servicios para Miembros al 1-800-405-9681 (TTY 711) para obtener má s informació n sobre este beneficio.*	*Usted paga un coseguro del 20 % por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.* *No hay copago ni coseguro para el examen de audición de rutina o el ajuste y evaluación de aparatos auditivos.* ***Maryland (MD):*** *Nuestro plan paga hasta $1,000 cada 2 años para aparatos auditivos. El monto de $1,000 aplica a ambos oídos en forma combinada* ***Missouri (MO):*** *Nuestro plan paga hasta $1,000 cada 2 años para aparatos auditivos. El monto de $1,000 aplica a ambos oídos en forma combinada* ***North Carolina (NC):*** *Nuestro plan paga hasta $2,000 cada 2 años para aparatos auditivos. El monto de $2,000 aplica a ambos oídos en forma combinada* ***Pennsylvania (PA):*** *Nuestro plan paga hasta $1,000 cada 2 años para aparatos auditivos. El monto de $1,000 aplica a ambos oídos en forma combinada*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Prueba de detección del VIH Para las personas que piden una prueba de detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No hay ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para recibir esta prueba de detección del VIH preventiva cubierta por Medicare.
Dispositivos de seguridad para el baño y el hogar y modificaciones El beneficio de seguridad para el hogar y el baño brinda cobertura adicional para servicios específicos no cubiertos por Medicare Original. Los servicios cubiertos se reembolsarán hasta que se alcance el máximo del beneficio de $300 anuales. Se trata de un beneficio combinado para todos los servicios enumerados en el catálogo de Baño y Seguridad, incluidos, entre otros, los siguientes: tapetes de prevención de caídas, barandillas de seguridad para inodoros, kit de ducha manual, escalones de seguridad antideslizantes para bañeras y escaleras, y barras de sujeción para bañeras.	***Maryland (MD):*** *Usted paga $0 por una asignación de $300 para accesorios de equipo médico duradero no cubiertos por Medicare fuera del beneficio de productos de venta sin receta cada año.* ***Missouri (MO):*** *Usted paga $0 por una asignación de $300 para accesorios de equipo médico duradero no cubiertos por Medicare fuera del beneficio de productos de venta sin receta cada año.* ***Pennsylvania (PA):*** *Usted paga $0 por una asignación de $300 para accesorios de equipo médico duradero no cubiertos por Medicare fuera del beneficio de productos de venta sin receta cada año.*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio Antes de recibir servicios para el cuidado de la salud a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios para el cuidado de la salud a domicilio e indicará que una agencia de asistencia médica a domicilio preste estos servicios. Usted debe estar recluido en su domicilio, lo que significa que representaría un enorme esfuerzo salir de su domicilio. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio a tiempo parcial o de manera intermitente (para que estén cubiertos por el beneficio de cuidado de asistencia médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio combinados deben sumar un total de menos de 8 horas por día y de 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipo y suministros médicos.	*Usted paga el 0 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.* *Se pueden aplicar autorizaciones previas.*
Terapia de infusión a domicilio La terapia de infusión a domicilio consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el domicilio. Los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulinas), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluso servicios de enfermería, prestados según el plan de cuidado • Capacitación y educación del paciente que no esté cubierta de otra manera por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un distribuidor calificado de terapia de infusión a domicilio	*Puede pagar entre el 0 % y el 20 % por los medicamentos de quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare y los medicamentos de la Parte B de Medicare.* *Para gastos facturados por más de $1,500 se requiere autorización*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuidados paliativos Usted cumple los requisitos para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal y certifican que usted tiene una enfermedad terminal y una esperanza de vida de 6 meses o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidado de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Su plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de planes Medicare Advantage (MA) posee o controla, o en los que tiene un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor • Relevo del cuidador a corto plazo • Cuidado a domicilio Cuando usted es admitido en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a seguir en su plan; si decide seguir en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. <u>Por servicios para cuidados paliativos y por servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Medicare Original (en vez de nuestro plan) pagará al proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos y todos los demás servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras usted esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. A usted se le facturará el costo compartido de Medicare Original. <u>Por servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si usted necesita servicios que no son de emergencia ni requeridos de urgencia, que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por esos servicios depende de que usted use o no un proveedor dentro de la red de nuestro plan y siga las reglas del plan (por ejemplo, si se requiere obtener una preautorización). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solamente paga el costo compartido del plan por servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido conforme a Medicare de Tarifa por Servicio (Medicare Original)	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, quien paga sus servicios para cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal es Medicare Original, no *Provider Partners Health Plans*. *Usted paga el 0 % del costo total del servicio de consulta de cuidados paliativos cubierto por Medicare (una sola vez).*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuidados paliativos (continuación) Para servicios que están cubiertos por *Provider Partners Health Plans*, pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: *Provider Partners Health Plans* continuará cubriendo los servicios que cubre el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el costo compartido de su plan por estos servicios. Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición terminal, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare)*. **Nota:** Si necesita cuidados que no sean paliativos (no relacionados con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para que hagamos los arreglos necesarios para prestarle los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta por cuidados paliativos (por única vez) para un enfermo en fase terminal que aún no haya optado por el beneficio de cuidados paliativos.	

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacuna contra la pulmonía. • Vacunas antigripales, una vez por cada estación de la gripe en el otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B si usted es una persona con factores de riesgo alto o intermedio de contraer la hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas, si usted está en riesgo y dichas vacunas cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.	No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la pulmonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados Incluye cuidado de casos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados comienza el mismo día en que usted es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior al alta es su último día como paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería de rutina. • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o de cuidado coronario). • Medicamentos y principios activos. • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios para radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de quirófano y de sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios para el abuso de sustancias de pacientes hospitalizados • En ciertos casos, los siguientes tipos de trasplante están cubiertos: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos necesarios para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los servicios para trasplante dentro de nuestra red están fuera del patrón de cuidado de su comunidad, usted puede optar por recibir servicios localmente siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de	Deducible de $1,632por cada período de beneficios Días 1 a 60: $0 de copago para cada período de beneficios Días 61 a 90: $408 de copago por día por cada período de beneficios Día 91 en adelante: $816 de copago por cada “día de reserva una vez en la vida” después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días en toda su vida) Pasados los días de reserva una vez en la vida: Usted paga todos los costos Se pueden aplicar autorizaciones previas.

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Medicare Original. Si *Provider Partners Health Plans* presta servicios para trasplante en un lugar fuera del patrón de cuidado para trasplantes de su comunidad y usted decide realizarse trasplantes en ese lugar distante, haremos los arreglos necesarios o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre entera y los concentrados de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Servicios de un médico • Nota: Para que usted sea un paciente hospitalizado, su proveedor debe extender una orden de admisión formal como paciente hospitalizado del hospital. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de que sea un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. • También puede encontrar más información en una publicación de Medicare llamada ¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte! Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Un deducible por admisión aplica una vez durante el período de beneficios definido. Los costos compartidos se aplican a partir del primer día de admisión y no incluyen la fecha en que se le da el alta. Si recibe cuidado como paciente hospitalizado autorizado en un hospital fuera de la red después de la estabilización de su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios para el cuidado de la salud mental que requieren una estadía en el hospital. *Nuestro plan cubre hasta 190 días una vez en la vida para acceder a servicios como paciente hospitalizado en un centro psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios para la salud mental de pacientes hospitalizados prestados en una unidad de psiquiatría de un hospital general.*	Deducible de $1,632 por cada período de beneficios Días 1 a 60: $0 de copago para cada período de beneficios Días 61 a 90: $408 de copago por día por cada período de beneficios Día 91 en adelante: $816 de copago por cada “día de reserva una vez en la vida” después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días en toda su vida) Pasados los días de reserva una vez en la vida: Usted paga todos los costos Se pueden aplicar autorizaciones previas.

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico (continuación)	Un deducible por admisión aplica una vez durante el período de beneficios definido. Usted paga el 20 % de la cantidad aprobada por Medicare para servicios para la salud mental que reciba de médicos y otros proveedores mientras sea un paciente hospitalizado. Los costos compartidos se aplican a partir del primer día de admisión y no incluyen la fecha en que se le da el alta.

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una estadía como paciente hospitalizado sin cobertura Si usted agotó sus beneficios de paciente hospitalizado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de un médico • Pruebas de diagnóstico (como las pruebas de laboratorio) • Radiografías, terapia con radioisótopos y radioterapia, incluidos los materiales y servicios del técnico • Vendas quirúrgicas • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y ortesis (no dentales) que reemplacen total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido circundante), o total o parcialmente la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o que funciona mal, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Abrazaderas ortopédicas para piernas, brazos, espalda y cuello; cinturones quirúrgicos; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos que se requieran por rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	*Usted paga el costo compartido correspondiente para los servicios cubiertos por Medicare, según se describe en este documento.* *Es posible que deba seguir las normas de autorización previa aplicables, tal y como se describen en los servicios a lo largo de este documento.*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Terapia de nutrición clínica Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal (de los riñones) (pero que no estén en diálisis), o para después de un trasplante de riñón cuando esté indicado por su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento en persona durante el primer año en el que recibe servicios de terapia de nutrición clínica de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas por año una vez cumplido el primer año. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar las órdenes cada año si usted necesita continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No hay ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para recibir los servicios de terapia de nutrición clínica cubiertos por Medicare.
Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare que cumplan los requisitos conforme a todos los planes de salud de Medicare. El Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare es una intervención de salud estructurada para el cambio del comportamiento que proporciona capacitación práctica en cambio dietario a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas destinados a superar las dificultades para sostener el descenso de peso y un estilo de vida saludable.	No hay ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:	*Puede pagar entre el 0 % y el 20 % por los medicamentos de quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare y los medicamentos de la Parte B de Medicare. Puede pagar entre un 0 % y un 20 % (con un máximo de $35) por la insulina al mes.* *Para gastos facturados por más de $1,500 se requiere autorización*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos que, en general, el paciente no se autoadministra, sino que se los inyectan o administran mediante infusión mientras recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria • Insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que usted se administra a través de equipo médico duradero (como los nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Factores de coagulación que se inyecta usted mismo si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento en que recibió el trasplante de órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está recluida en el domicilio, tiene una fractura que un médico certifica que tuvo relación con la osteoporosis después de la menopausia y usted no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos. • Ciertos medicamentos contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas. • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, que incluyen la heparina, el antídoto de la heparina (cuando sea médicamente necesario), los anestésicos tópicos y los agentes estimuladores de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades por inmunodeficiencia primaria También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluso las reglas que usted debe seguir para que sus medicamentos con receta estén cubiertos. El Capítulo 6 explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan.	

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Evaluación diagnóstica de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Esta terapia está cubierta si la recibe en un centro de cuidado primario, donde puede ser coordinada con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de cuidado primario para averiguar más.	La evaluación diagnóstica preventiva y la terapia para la obesidad no están sujetas a ningún coseguro, copago ni deducible.
Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos Los miembros de nuestro plan que tienen un trastorno por consumo de opiáceos (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratarlo a través de un Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) agonistas y antagonistas de los opiáceos, que estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos. • Suministro y administración de medicamentos del tratamiento asistido con medicamentos (si corresponde) • Terapia para el consumo de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	*Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.* *Se pueden aplicar autorizaciones previas*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías • Radioterapia (con radioisótopos), incluidos los suministros y materiales del técnico. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre entera y los concentrados de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios	*Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.* *Se requiere autorización previa para una tomografía de medicina nuclear. No se requiere autorización previa para las tomografías computarizadas y las resonancias magnéticas. Si se realizan varios servicios en el mismo lugar el mismo día, deberá pagar por servicio.*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios prestados para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Para que estén cubiertos, los servicios de observación en el hospital para pacientes ambulatorios deben cumplir los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se prestan bajo la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de concesión de licencias del estado y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes al hospital o indicar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que un proveedor haya extendido una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de que sea un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una publicación de Medicare llamada *¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!* Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	*Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el Departamento para Pacientes Ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un Departamento de Emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Cuidado de salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin dicho programa, se necesitaría tratamiento como paciente hospitalizado • Radiografías y otros servicios para radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted mismo no se puede administrar. **Nota:** A menos que un proveedor haya extendido una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de que sea un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una publicación de Medicare llamada *¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!* Esta hoja de datos está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	*Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.* *Se pueden aplicar autorizaciones previas*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico con licencia del estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, asesor profesional con licencia (licensed professional counselor, LPC), terapeuta en terapia matrimonial y familiar con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT), enfermera especialista (nurse practitioner, NP), asistente médico (physician assistant, PA) u otro profesional de cuidado de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes vigentes del estado.	*Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.* *Se pueden aplicar autorizaciones previas*
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios para la rehabilitación de pacientes ambulatorios se prestan en diversos centros para pacientes ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes y Centros para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	*Usted paga el 0 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.* *Se pueden aplicar autorizaciones previas*
Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias *Servicios ambulatorios no residenciales que se prestan para tratar la dependencia de drogas o alcohol sin recurrir a farmacoterapias. Los servicios pueden incluir la terapia grupal o individual.*	*Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.* *Se pueden aplicar autorizaciones previas*
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y en centros de cirugía ambulatoria **Nota:** Si va a someterse a una cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si usted será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor extienda una orden para admitirle como paciente hospitalizado, usted es paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido por cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un paciente ambulatorio.	*Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Beneficio de Productos de Venta Sin Receta (OTC) Los artículos que cubre el beneficio se limitan a aquellos consistentes con la versión más actualizada de la regla de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, que figura en el Capítulo 4 del Manual de Cuidado Administrado de Medicare. Los artículos de venta sin receta requieren la recomendación del proveedor para una condición específica y diagnosticable y están permitidos conforme a las pautas de su centro de cuidado a largo plazo. Puede visitar el sitio web de nuestro plan para ver el listado de artículos de venta sin receta cubiertos. Consulte con su equipo de atención antes de pedir algunos artículos del catálogo o para obtener más información sobre este beneficio, consulte el catálogo de artículos de venta sin receta de Provider Partners Health Plans o comuníquese con el proveedor de artículos de venta sin receta de Provider Partners Health Plans al 1-800-405-9681 (TTY 711). Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los artículos de venta sin receta pueden entregarse en la dirección permanente registrada. Los productos no pueden adquirirse en una farmacia minorista local ni a través de ninguna otra fuente que no sean los canales de beneficios de Provider Partners Health Plans mencionados anteriormente. Los artículos de venta sin receta solo pueden comprarse para el miembro y están limitados a un pedido cada trimestre. Los miembros pueden usar la totalidad de la asignación trimestral en cualquier momento del trimestre.	***Maryland (MD):*** *Limitado a una asignación de $280 cada trimestre para medicamentos específicos sin receta y otros productos relacionados con la salud que figuran en el catálogo de artículos de venta sin receta. Todo beneficio sin usar vence al final de cada cuatrimestre y no se puede extender al cuatrimestre siguiente.* ***Missouri (MO):*** *Limitado a una asignación de $175 cada trimestre para medicamentos específicos sin receta y otros productos relacionados con la salud que figuran en el catálogo de artículos de venta sin receta. Todo beneficio sin usar vence al final de cada cuatrimestre y no se puede extender al cuatrimestre siguiente.* ***North Carolina (NC):*** *Limitado a una asignación de $255 cada trimestre para medicamentos específicos sin receta y otros productos relacionados con la salud que figuran en el catálogo de artículos de venta sin receta. Todo beneficio sin usar vence al final de cada cuatrimestre y no se puede extender al cuatrimestre siguiente.*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Beneficio de Productos de Venta Sin Receta (OTC) (continuación)	***Pennsylvania (PA):*** *Limitado a una asignación de $175 cada trimestre para medicamentos específicos sin receta y otros productos relacionados con la salud que figuran en el catálogo de artículos de venta sin receta. Todo beneficio sin usar vence al final de cada cuatrimestre y no se puede extender al cuatrimestre siguiente.*
Servicios para hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental; es más intenso que el cuidado que se recibe en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización. *El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud del comportamiento (mental) que se presta en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de cuidado de la salud aprobado a nivel federal o una clínica de salud rural que es de mayor intensidad que el cuidado recibido en el consultorio de su médico o terapeuta, pero que es de menor intensidad que la hospitalización parcial.* **Nota:** Dado que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solamente como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.	*Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.* *Se pueden aplicar autorizaciones previas*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios quirúrgicos o de cuidado médico médicamente necesarios prestados en el consultorio de un médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un Departamento para Pacientes Ambulatorios de un hospital o cualquier otro sitio • Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista • Exámenes básicos de audición y del equilibrio realizados por su especialista, si su médico los indica para determinar si usted necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: o *Servicios de un médico de cuidado primario* o *Servicios de médicos especialistas* o *Servicios de otro profesional de cuidado de la salud* o Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. o *Para saber cómo acceder a los beneficios de la telesalud, comuníquese con el Servicio al Cliente llamando al número que figura en la contraportada de este folleto.* • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento de parte de un médico o de un profesional médico para pacientes en ciertas zonas rurales o en otros sitios aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal, para los miembros que se realizan diálisis en el domicilio, en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral, independientemente del sitio en el que usted se encuentre • Servicios de telesalud para miembros que tienen un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno	*Usted paga el 0 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.* *Las visitas al centro realizadas por enfermeras profesionales y exigidas por el Modelo de Atención del plan tienen un coseguro del 0 %. Todos los demás están sujetos a un coseguro del 20 %.*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
concomitante de salud mental, independientemente del sitio en el que se encuentren • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: o Usted realiza una visita en persona en un plazo no mayor de 6 meses antes de su primera visita de telesalud o Realiza una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud o Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Cuidado de la Salud Aprobados a Nivel Federal • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o por videochat) de 5 a 10 minutos con su médico **si**: o Usted no es un paciente nuevo **y** o La consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** o La consulta no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible • Evaluación de videos o imágenes que usted envíe a su médico, y la interpretación y seguimiento del médico en un plazo no mayor de 24 horas **si:** o Usted no es un paciente nuevo **y** o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** o La evaluación no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o mediante el sistema de registros electrónicos de salud • Segunda opinión antes de una cirugía. • Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes en la preparación de la mandíbula para tratamientos de radiación de cáncer tumoral, o servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico).	

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o el espolón en el talón) • Cuidado de los pies de rutina para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan a las extremidades inferiores. *Cuidados adicionales de los pies, incluido el tratamiento del pie que generalmente se considera rutinario, es decir, corte o eliminación de callos, verrugas, callosidades o uñas*	*Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.* ***Maryland (MD):*** *Usted paga $0 por hasta 4 visitas de podiatría de rutina por año natural* ***Missouri (MO):*** *Usted paga $0 por hasta 4 visitas de podiatría de rutina por año natural* ***North Carolina (NC):*** *Usted paga $0 por hasta 6 visitas de podiatría de rutina por año natural* ***Pennsylvania (PA):*** *Usted paga $0 por hasta 4 visitas de podiatría de rutina por año natural*
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes - una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del Antígeno Prostático Específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	El análisis anual del Antígeno Prostático Específico no está sujeto a ningún coseguro, copago ni deducible. *Usted paga el 20 % del costo total del examen rectal digital.*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Prótesis y suministros relacionados Prótesis (no dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte del cuerpo o su función. Incluyen, entre otras: bolsas de colostomía y suministros relacionados directamente con el cuidado de la colostomía, marcapasos, abrazaderas ortopédicas, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluido el sostén quirúrgico luego de una mastectomía). También se incluyen ciertos suministros relacionados con las prótesis, y la reparación o el reemplazo de las prótesis. Además, incluye cierta cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas – consulte *Cuidado de la Vista* más adelante en esta sección para obtener información más detallada.	*Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.* *Para gastos facturados por más de $750 se requiere autorización*
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar tienen cobertura para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), de moderada a muy grave, y que cuentan con una indicación para la rehabilitación pulmonar emitida por el médico que está tratando la enfermedad respiratoria crónica.	*Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.* *Se pueden aplicar autorizaciones previas*
Evaluación y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una evaluación de uso indebido de alcohol para adultos beneficiarios de Medicare (incluidas las embarazadas) que lo consumen de forma indebida, pero no tienen dependencia del alcohol. Si su evaluación de uso indebido de alcohol da positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones de asesoramiento breves en persona por año (siempre y cuando pueda mantenerse competente y alerta durante las sesiones) a cargo de un profesional médico o un médico de cuidado primario calificado en un centro de cuidado primario.	El beneficio preventivo de evaluación y asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol que esté cubierto por Medicare no está sujeto a ningún coseguro, copago ni deducible.

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Los individuos calificados tienen cubierta una tomografía computarizada de dosis baja (low dose computed tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los miembros que cumplen los requisitos son:** personas que tienen entre 50 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que han fumado tabaco por un mínimo de 20 paquetes-año y fuman actualmente o han dejado de fumar hace menos de 15 años, y que reciben una indicación por escrito para que se les realice una tomografía computarizada de baja dosis durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida relacionada con el examen de detección de cáncer de pulmón. La visita debe cumplir los criterios de Medicare para tales visitas y estar a cargo de un médico o un profesional que, sin ser médico, esté calificado. *Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis después del examen de detección inicial con tomografía computarizada de baja dosis:* los miembros deben recibir una indicación por escrito para que se les realice un examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis. Dicha indicación puede ser emitida durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional que, sin ser médico, esté calificado. Si un médico (o un profesional que, sin ser médico, esté calificado) elige proporcionar una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida relacionada con el examen de detección de cáncer de pulmón para realizar exámenes subsiguientes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para tales visitas.	No hay ningún coseguro, copago ni deducible por la visita de asesoramiento y toma de decisión compartida ni por la tomografía computarizada de dosis baja que estén cubiertas por Medicare.

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS), como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Si un proveedor de cuidado primario las indica, estas pruebas de detección están cubiertas para embarazadas y para ciertas personas que están en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones individuales en persona de 20 a 30 minutos por año de asesoramiento conductual de alta intensidad para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Solamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si están a cargo de un proveedor de cuidado primario y se realizan en un centro de cuidado primario, como un consultorio médico.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento sobre estas cubierto por Medicare.

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de información educativa sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV que tengan la referencia correspondiente de su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de información educativa sobre la enfermedad renal una vez en la vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, o cuando el proveedor que le presta este servicio no esté a su disposición o accesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidados especiales) • Capacitación en autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el domicilio). • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio. • Ciertos servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando es necesario, visitas de técnicos en diálisis para verificar su diálisis en el domicilio, ayudar en emergencias y comprobar el funcionamiento de su equipo de diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección *Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare.*	*Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para encontrar una definición de cuidado en un Centro de Enfermería Especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. La abreviatura de Centro de Enfermería Especializada es SNF). • *El plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.* • *Un "período de beneficios" comienza el día en que usted ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. Finaliza cuando pasa 60 días consecutivos sin recibir cuidados hospitalarios o de enfermería especializada.* • *No es necesaria una hospitalización previa para ingresar en un centro de enfermería especializada.* Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluso dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se le administren como parte de su plan de cuidado (esto incluye las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre entera y los concentrados de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que se proporcionan habitualmente en los SNF. • Pruebas de laboratorio que se realizan habitualmente en los SNF. • Radiografías y otros servicios para radiología que se prestan habitualmente en los SNF. • Uso de aparatos como sillas de ruedas, que normalmente se proporcionan en los SNF. • Servicios de un médico o profesional. En general, obtendrá cuidado en SNF de la red. Sin embargo, en ciertas circunstancias enumeradas a continuación, usted podría pagar un costo compartido dentro de la red por un centro que no sea un proveedor de la red, siempre y cuando el centro acepte las cantidades de pago que ofrece nuestro plan.	*Usted paga:* *Días 1 a 20: $0 de copago.* *De 21 a 100 días: $204 de copago cada día.* *Día 101 en adelante: Usted paga todos los costos.* *Se pueden aplicar autorizaciones previas.*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• Un asilo de convalecencia o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione el cuidado de un centro de enfermería especializada). • Un SNF en el que está viviendo su cónyuge o pareja de unión libre en el momento en que usted deja el hospital.	
Tratamiento del tabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco) Si usted consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco: Cubrimos dos servicios de asesoramiento para intentar dejar el tabaco en un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. El asesoramiento de cada intento incluye hasta cuatro visitas en persona. Si usted consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o toma un medicamento que puede verse afectado por el tabaco: Cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar el tabaco. Cubrimos dos intentos de dejar el tabaco con asesoramiento en un período de 12 meses, sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. El asesoramiento de cada intento incluye hasta cuatro visitas en persona.	Los beneficios preventivos para dejar de fumar o consumir tabaco cubiertos por Medicare no están sujetos a ningún coseguro, copago ni deducible.

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Terapia de Ejercicios Supervisada (SET) La Terapia de Ejercicios Supervisada está cubierta para miembros que tienen arteriopatía periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática. Si se cumplen los requisitos del programa de Terapia de Ejercicios Supervisada, tienen cobertura hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas. Este programa debe: • Consistir en sesiones que duren de 30 a 60 minutos y que incluyan un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la arteriopatía periférica en pacientes con claudicación • Realizarse en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Ser proporcionado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los riesgos, y que haya recibido capacitación en terapia de ejercicio para la enfermedad arterial periférica. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, una enfermera especialista o una enfermera especialista clínica que deben haber recibido capacitación en técnicas básicas y avanzadas de sistema artificial de mantenimiento de vida. La terapia de ejercicio supervisada puede estar cubierta más allá de las 36 sesiones en un período de 12 semanas, por 36 sesiones adicionales en un período extendido si un proveedor de cuidado de la salud la considera médicamente necesaria.	*Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.* Se pueden aplicar autorizaciones previas

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Transporte (no de emergencia, de rutina) *El transporte de rutina es un viaje a una cita médica programada de un determinado servicio cuando la necesidad del transporte no se basa en una necesidad médica y se puede prestar en un taxi, traslados compartidos, una camioneta u otro vehículo que no sea una ambulancia. Los viajes se coordinan a través del proveedor de transporte contratado y deben programarse con 3 días de anticipación. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 para conocer más detalles sobre cómo usar este servicio*	***Maryland (MD):*** *Usted paga $0 de copago por hasta 28 viajes en una sola dirección cada año para lugares relacionados con la salud, a través de un taxi, traslados compartidos, una camioneta o un transporte médico.* ***Missouri (MO):*** *Usted paga $0 de copago por hasta 30 viajes en una sola dirección cada año para lugares relacionados con la salud, a través de un taxi, traslados compartidos, una camioneta o un transporte médico.* ***North Carolina (NC):*** *Usted paga $0 de copago por hasta 36 viajes en una sola dirección cada año para lugares relacionados con la salud, a través de un taxi, traslados compartidos, una camioneta o un transporte médico.* ***Pennsylvania (PA):*** *Usted paga $0 de copago por hasta 36 viajes en una sola dirección cada año para lugares relacionados con la salud, a través de un taxi, traslados compartidos, una camioneta o un transporte médico.*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios requeridos de urgencia Los servicios requeridos de urgencia se prestan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista que no es de emergencia pero que requiere cuidado médico inmediato, pero debido a sus circunstancias, no es posible ni razonable recibir los servicios de proveedores de la red. Si no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente el cuidado médico de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios requeridos de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios. El plan debe cubrir los servicios requeridos de urgencia fuera de la red si, por ejemplo: Usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista, pero que no es una emergencia médica; o, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener inmediatamente el cuidado médico de un proveedor de la red. El costo compartido de los servicios requeridos de urgencia prestados fuera de la red es el mismo que el de dichos servicios prestados dentro de la red. *El cuidado de urgencia está cubierto dentro de los Estados Unidos y sus territorios, no en el resto del mundo.*	*Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de $65) por consulta* *No se cobra el costo compartido si es admitido en el hospital dentro de 3 días por la misma condición*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuidado de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de un médico para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones en los ojos de pacientes ambulatorios, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos ni lentes de contacto. • Para las personas que estén en alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección del glaucoma por año. Las personas en alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con historial familiar de glaucoma, personas diabéticas, afroamericanos mayores de 50 años e hispanos estadounidenses mayores de 65 años • Para personas diabéticas, el examen de detección de la retinopatía diabética está cubierto una vez por año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si se le realizan dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). • *Nuestro plan paga 1 examen de la vista de rutina al año.*	*Usted paga el 20 % del costo total del examen cubierto por Medicare para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de la vista.* *Usted paga el 20 % del costo total del examen de glaucoma cubierto por Medicare.* *Usted paga el 20 % del costo total de los anteojos (armazón y lentes) o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.* *No hay coseguro ni copago para un examen de la vista de rutina al año.* ***Maryland (MD)**: $150 de cobertura máxima del plan para lentes y accesorios de rutina por año.* ***Missouri (MO):** $150 de cobertura máxima del plan para lentes y accesorios de rutina por año.* ***North Carolina (NC):** $300 de cobertura máxima del plan para lentes y accesorios de rutina por año.*

Servicios que usted tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
	Pennsylvania (PA): *$150 de cobertura máxima del plan para lentes y accesorios de rutina por año.* *Usted es responsable de cualquier cantidad que exceda la asignación para lentes de contacto o anteojos.*
Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la visita preventiva Bienvenido a Medicare por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas), y referencias para recibir otro cuidado si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva Bienvenido a Medicare solo durante los primeros 12 meses que usted tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva Bienvenido a Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva Bienvenido a Medicare.

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

Sección 3.1 Servicios médicos que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección describe los servicios que están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

La tabla de abajo enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ningún caso, o que están cubiertos solamente en casos específicos.

Si usted recibe servicios que están excluidos (sin cobertura), debe pagarlos, excepto en los casos específicos que se indican a continuación. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, los servicios excluidos no están cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única

excepción es si el servicio se apela y se decide, tras la apelación, que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento.)

Servicios que no cubre Medicare	**Servicios que no tienen cobertura en ningún caso**	**Con cobertura solo en situaciones específicas**
Acupuntura		• Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos estéticos		• Con cobertura en casos de lesiones accidentales o para mejorar el funcionamiento de una parte deformada del cuerpo. • Con cobertura para todas las etapas de la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y las necesarias para lograr una apariencia simétrica en el seno no afectado.
Cuidado de custodia El cuidado de custodia es cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico ni paramédico capacitado, por ejemplo, el cuidado que le ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Con cobertura solo en situaciones específicas
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original ha determinado que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.		• Es posible que Medicare Original los cubra en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o que nuestro plan los cubra. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Cargos que cobren sus familiares inmediatos o miembros de su núcleo familiar por su cuidado.	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	
Cuidado de enfermería permanente en su domicilio.	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	
Programa de entrega de comida a domicilio	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	
Los servicios domésticos incluyen la ayuda básica en el domicilio, entre ellos, trabajos domésticos livianos o preparación de comidas simples.	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	
Servicios de naturopatía (que usan tratamientos alternativos o naturales).	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		• Zapatos que forman parte de una abrazadera ortopédica para la pierna y que se incluyen en el costo de dicha abrazadera. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie, diabético.

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	Con cobertura solo en situaciones específicas
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	
Habitación privada en un hospital.		• Con cobertura solamente cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	
Cuidado quiropráctico de rutina.		• Con cobertura para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros artículos para la baja visión.		• Con cobertura de un examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas
Servicios que no se consideran razonables y necesarios, según las normas de Medicare Original	Servicios que no tienen cobertura en ningún caso	

CAPÍTULO 5:

Cómo usar la cobertura del plan para obtener medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las reglas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos relacionados con cuidados paliativos.

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

Generalmente, el plan cubrirá sus medicamentos en la medida en que usted siga estas reglas básicas:

- Un proveedor (un médico, un dentista u otro profesional que receta) debe emitirle una receta, que debe ser válida conforme a la ley estatal vigente.
- El profesional que le receta no debe estar en las Listas de Proveedores Excluidos o Proveedores Inhabilitados de Medicare.
- Por lo general, usted debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (para abreviar, la llamamos "Lista de Medicamentos"). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de Medicamentos" del plan).*
- Su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que cuenta con el respaldo de ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.)

SECCIÓN 2 Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través de la farmacia de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura *solamente* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre los casos en que cubriríamos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red.)

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

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para buscar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de Farmacias*, visitar nuestro sitio web (*www.pphealthplan.com*), o llamar a Servicio al Cliente.

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

¿Qué debe hacer si la farmacia que usa deja la red?

Si la farmacia que usa deja la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia que esté en la red. Para buscar otra farmacia en su área, puede recibir ayuda de Servicio al Cliente o usar el *Directorio de Farmacias*.

¿Qué puede hacer si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo (long-term care, LTC). Por lo general, los centros de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un asilo de convalecencia) tienen su propia farmacia. Si usted tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que prestan servicios para el Programa de Servicio de Salud Indígena, Tribal o Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los nativos americanos de Estados Unidos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que suministran medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos restringe a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación de los proveedores o educación para su uso. (**Nota:** Esta situación es muy poco frecuente).

Para buscar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de Farmacias* o llame a Servicio al Cliente.

Sección 2.3 Cómo usar el servicio de pedidos por correo del plan

Para ciertas clases de medicamentos, usted puede usar el servicio de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se proporcionan mediante una farmacia de pedidos por correo son aquellos que usted toma con regularidad debido a una condición médica crónica o de largo plazo. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de pedido por correo** en nuestra “Lista de medicamentos”.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un **suministro de hasta 90 días**.

Para conocer más sobre cómo surtir sus recetas mediante una farmacia de pedidos por correo, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al número que figura en la contraportada de esta guía.

Generalmente, un pedido a una farmacia de pedidos por correo le llegará en un máximo de 14 días. *Si su pedido por correo se demora, es posible que pueda recibir un suministro temporal en su farmacia local. Comuníquese con Servicio al Cliente al número que figura en la contraportada de esta guía si necesita más información.*

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio médico. Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de cuidado de la salud, se pondrá contacto con usted para saber si desea que el medicamento se surta de inmediato o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicar si deben enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

Resurtidos de recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En ese programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que le falta poco para que se le agote su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de que usted necesite más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente cantidad de su medicamento o si le cambiaron el medicamento.

Si decide no usar nuestro programa de resurtido automático, pero igualmente desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia *14 días* antes de que se agote su medicamento con receta actual. Esto asegurará que su pedido se envíe a tiempo.

Para excluirse de nuestro programa que prepara los resurtidos por correo de forma automática, comuníquese con nosotros llamando al Servicio al Cliente al 1-866-909-5170 y hable con un agente para excluirse de uno o de ambos programas.

Si recibe automáticamente por correo un resurtido que no desea, es posible que cumpla los requisitos para recibir un reembolso.

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

Si obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que su costo compartido sea más bajo. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento de la “Lista de Medicamentos”. (Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que usted toma con regularidad debido a una condición médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas dentro de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de Farmacias* le indica las farmacias dentro de nuestra red que pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar a Servicio al Cliente.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está dentro de la red del plan?

Su medicamento con receta puede estar cubierto en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solamente* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Primero consulte a Servicio al Cliente** para saber si hay una farmacia de la red cercana. 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.

Las siguientes son las circunstancias en las que cubriríamos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

Si no cuenta con farmacias de la red cerca, cubriremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en caso de emergencia, según lo determine el plan. Cubriremos únicamente un suministro de hasta 30 días.

¿Cómo pide un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar su costo compartido normal) al momento de surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (La Sección 2 del Capítulo 7 explica cómo pedir al plan que le devuelva el dinero.)

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan

Sección 3.1 La “Lista de Medicamentos” indica los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).* En esta *Evidencia de Cobertura,* **la llamamos “Lista de Medicamentos” para abreviar.**

El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos de la "Lista de medicamentos" son solo los cubiertos por la Parte D de Medicare.

Generalmente, cubriremos un medicamento de la "Lista de Medicamentos" del plan siempre y cuando usted siga las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que cumple una de las *siguientes condiciones*:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la condición para los que se receta.
- --*O*-- cuenta con el respaldo de ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information DRUGDEX Information System.

La "Lista de Medicamentos" incluye medicamentos genéricos y de marca.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los típicos (por ejemplo, los que se basan en una proteína) se llaman productos biológicos. En la "Lista de Medicamentos", cuando nos referimos a medicamentos, puede significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, los genéricos son tan eficaces como un medicamento de marca y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué medicamentos *no* están en la "Lista de Medicamentos"?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, las leyes no permiten que un plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, nosotros hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la "Lista de Medicamentos". En algunos casos, es posible que usted pueda obtener un medicamento que no esté 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"?

Tiene *4* maneras de averiguarlo:

1. Consultar la "Lista de Medicamentos" más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.pphealthplan.com). La "Lista de Medicamentos" del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Servicio al Cliente para saber si un medicamento en particular está en la "Lista de Medicamentos" del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Use la "Real-Time Benefit Tool" (Herramienta de Beneficios en Tiempo Real) del plan (para ello, visite www.pphealthplan.com o llame a Servicio al Cliente). Con esta herramienta, usted puede buscar medicamentos en la "Lista de Medicamentos" para tener un cálculo aproximado de lo que pagará y para saber si hay otros medicamentos alternativos en la "Lista de Medicamentos" que pudieran tratar la misma condición.

SECCIÓN 4 Existen restricciones a la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboró estas reglas para alentar a que usted y su proveedor usen los medicamentos de las maneras más eficaces. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la "Lista de Medicamentos". Si un medicamento seguro y de menor costo surtirá exactamente el mismo efecto médico que un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarles a usted y a su proveedor a usar 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 diferir según la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de cuidado de la salud y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10mg o 100mg; uno por día o dos por día; en tabletas o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las siguientes secciones le ofrecen más información sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que lo cubramos. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber qué deberían hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que no le apliquemos la restricción, deberá usar el proceso para decisiones de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no anularle la restricción. (Consulte el Capítulo 9)

Restricción a medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Generalmente, un medicamento **genérico** surte el mismo efecto que un medicamento de marca y suele costar menos. **En la mayoría de los casos, si está disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que el medicamento genérico no le surtirá efecto a usted *O* si ha escrito "No substitutions" (Sin sustitución) en su receta de un medicamento de marca *O* si nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición le surtirán efecto, cubriremos el medicamento de marca. (Es posible que su parte del costo sea mayor por el medicamento de marca que por el medicamento genérico).

Obtener la preaprobación del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se llama **preautorización**. Se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le alienta a probar medicamentos menos costosos, pero que, por lo general, surten exactamente el mismo efecto, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, es posible que el plan requiera que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le surte efecto, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama **terapia escalonada**.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué debe hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la manera que usted desea?

Sección 5.1 Hay ciertas medidas que usted puede tomar si su medicamento no tiene la cobertura que usted quisiera

Puede suceder que un medicamento con receta que usted está tomando o uno que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando no esté en nuestro Formulario o esté en nuestro Formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no tener ninguna cobertura. O es posible que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero que la versión de marca que usted desea tomar no lo esté.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento, según lo explicado en la Sección 4.
- Hay ciertas cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea. Si su medicamento no está en la "Lista de Medicamentos" o tiene alguna restricción, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la "Lista de Medicamentos" o tiene alguna restricción, estas son las opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar el medicamento por otro.
- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que cubra el medicamento o que elimine las restricciones a las que está sujeto el medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la "Lista de medicamentos" del plan** O BIEN **ahora tiene algún tipo de restricción**.

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros ***90 días*** de su membresía en el plan.

- **Si estuvo en el plan el año anterior,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de *un mes*. Si su receta es por menos días, permitiremos varios surtidos para darle un suministro máximo de *un mes* del medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo podría suministrar el medicamento en cantidades menores por vez para no desperdiciarlo.)
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de *90 días*, residen en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia de *31* días de un medicamento en particular, o por un período más breve si su receta se emite para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.

  En el caso de los miembros que están fuera del período de transición y que experimentan un cambio en el nivel de atención cuando cambian de un tratamiento a otro (ejemplo: de un centro de cuidado a largo plazo a un hospital, de un hospital a un centro de cuidado a largo plazo, de un hospital al domicilio, del domicilio a un centro de cuidado a largo plazo, de un centro de cuidados paliativos a un centro de cuidado a largo plazo, o de un centro de cuidado a largo plazo a un centro de cuidados paliativos).

  Autorizaremos el resurtido temprano de un suministro para un mes de los medicamentos del Formulario en el comercio minorista y en el centro de cuidado a largo plazo, y un surtido de transición y emergencia de medicamentos que no están incluidos en el Formulario (esto incluye aquellos medicamentos que están en el Formulario, pero que requieren preautorización o terapia escalonada, o que están sujetos a restricciones de cantidad.

  Esto no aplica a los períodos cortos de ausencia del centro de cuidado a largo plazo o del hospital (por feriados o vacaciones).

  Aunque usted esté fuera del período de transición de 90 días, le daremos un suministro de emergencia para 30 días en el comercio minorista o de hasta 31 días en el centro de cuidado a largo plazo de los medicamentos cubiertos por la Parte D que no están en el Formulario (esto incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D que están en nuestro Formulario que de lo contrario requerirían preautorización, terapia escalonada o restricciones de cantidad), analizando caso por caso y mientras se procesa una excepción.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicio al Cliente.

En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tienes dos opciones:

1) Puede cambiar el medicamento por otro

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría ser eficaz para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que usted desea. 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, puede pedir al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la "Lista de Medicamentos". O puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que está tomando se retirará del Formulario o se le aplicará alguna restricción para el año próximo, le avisaremos sobre los cambios antes del nuevo año. Usted puede pedir una excepción antes del año próximo, y le responderemos dentro de las 72 horas de recibida su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que recetó). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 explica qué hacer. Allí se describen los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se tramite de manera justa y oportuna.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?

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

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre al principio de cada año (el 1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer algunos cambios en la "Lista de Medicamentos". Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o retirar medicamentos de la "Lista de Medicamentos".**
- **Agregar o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la "Lista de Medicamentos".

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que toma actualmente?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la "Lista de Medicamentos", publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra "Lista de Medicamentos" en Internet de forma regular y programada. A continuación, señalamos los momentos en que usted recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que le afectan durante el año actual del plan

Aviso General por Anticipado de que el patrocinador del plan puede reemplazar medicamentos genéricos nuevos de inmediato: *Para reemplazar de inmediato medicamentos de marca con nuevos medicamentos genéricos terapéuticamente equivalentes (o cambiar el nivel o las restricciones, o ambos, que aplican a un medicamento de marca después de agregar un nuevo genérico), los patrocinadores del plan que cumplen los demás requisitos deben proporcionar el siguiente aviso general de cambios por anticipado:*

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la "Lista de Medicamentos" (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o hacemos ambas cosas).**
    - Es posible que quitemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra "Lista de Medicamentos" si lo reemplazamos por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y con las mismas restricciones o menos. Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, quizás decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra "Lista de Medicamentos", pero inmediatamente pasarlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o hacer ambas cosas.
    - Es posible que no le avisemos por anticipado antes de hacer ese cambio— incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca. Si usted está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esta información también incluirá los pasos que usted puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio.
    - Usted o el profesional que le receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriéndole el medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la "Lista de Medicamentos" que se retiran del mercado**

- A veces, es posible que un medicamento se considere inseguro o se retire del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos quitar el medicamento inmediatamente de la "Lista de Medicamentos". Si usted está tomando ese medicamento, le avisaremos inmediatamente.
- El profesional que le receta también se enterará de este cambio y podrá colaborar con usted para buscar otro medicamento para su condición.

- **Otros cambios en los medicamentos de la "Lista de Medicamentos"**
  - Una vez que haya comenzado el año, es posible que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar 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 agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podríamos hacer cambios según los recuadros de advertencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos, o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Para estos cambios, debemos avisarle del cambio al menos con 30 días de anticipación o avisarle del cambio y darle un resurtido de *31* días del medicamento que usted está tomando a través de una farmacia de la red.
  - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe hablar con el profesional que le receta para cambiar su medicamento por uno diferente que cubramos o para cumplir cualquier nueva restricción al medicamento que está tomando.
  - Usted o el profesional que le receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriéndole el medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la "Lista de Medicamentos" que no le afectan durante este año del plan

Podemos hacer ciertos cambios en la "Lista de Medicamentos" que no están descritos anteriormente. En estos casos, los cambios no se aplicarán a usted si está tomando el medicamento cuando se hacen los cambios; sin embargo, estos cambios probablemente le afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si usted permanece en el mismo plan.

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

- Si establecemos una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la "Lista de Medicamentos".

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que usted está tomando (excepto si es retirado del mercado, si un medicamento genérico reemplaza uno de marca o por otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, usted probablemente no notará ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional a su uso del medicamento.

No le informaremos directamente este tipo de cambios durante el año actual del plan. Usted tendrá que consultar la "Lista de Medicamentos" del próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que le afectará durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica las clases de medicamentos con receta que están excluidas. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, usted debe pagarlos. Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido por la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9.)

Las siguientes son tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán conforme a la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que podría estar cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compre fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan normalmente no puede cubrir un uso fuera de la indicación aprobada. Un uso **fuera de la indicación aprobada** es cualquier uso del medicamento diferente de los usos indicados en la etiqueta del medicamento como aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura del uso fuera de la indicación aprobada se permite solamente cuando el uso cuenta con el respaldo de ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y DRUGDEX Information System.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos tampoco están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta sin receta)
- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de la tos o del resfrío
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos que se usan para tratar la anorexia o para bajar o subir de peso

- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante requiere que se compren pruebas o servicios de monitoreo relacionados exclusivamente del fabricante como condición de venta

Si recibe el programa "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos con receta, no contará con esta ayuda para pagar los medicamentos que normalmente no tienen cobertura. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, es posible que el programa de Medicaid de su estado cubra algunos medicamentos que normalmente no tienen cobertura en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa estatal de Medicaid para determinar la cobertura de medicamentos que podría tener. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

Sección 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione la información sobre su membresía

Para surtir su receta, proporcione la información sobre su membresía en el plan, que se encuentra en su tarjeta de membresía, a la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted tendrá que pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué puede hacer si no tiene consigo la información sobre su membresía?

Si no tiene consigo la información sobre su membresía en el plan cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o usted puede pedir a la farmacia que consulte su inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta cuando pase a retirarlo**. (Luego puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo pedir un reembolso al plan).

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

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

Si se le admite en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre y cuando los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente de un centro de cuidado a largo plazo (LTC)?

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (LTC) (como un asilo de convalecencia) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de Cuidado a Largo Plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o de la que este usa siempre y cuando la farmacia forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Farmacias* para saber si la farmacia de su centro de Cuidado a Largo Plazo o la que este usa forma parte de nuestra red. Si no forma parte o si usted necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicio al Cliente. Si está en un centro de Cuidado a Largo Plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir habitualmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de Cuidado a Largo Plazo.

¿Qué sucede si es residente de un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra "Lista de Medicamentos" o que tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 sobre suministros temporales o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura de medicamentos mediante un plan de grupo del empleador o de grupo para jubilados?

Si actualmente usted tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador es quien puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta actual con nuestro plan.

En general, si usted tiene cobertura de grupo del empleador o de grupo para jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a su cobertura de grupo. Eso significa que su cobertura de grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su grupo del empleador o grupo para jubilados debe enviarle un aviso que indique si su cobertura de medicamentos con receta será acreditable para el próximo año calendario.

Si la cobertura del plan de grupo es acreditable, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

Guarde este aviso sobre la cobertura acreditable porque puede necesitarlo más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió el aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del plan de su empleador o para jubilados, al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por su centro porque no está relacionado con su enfermedad terminal ni condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, ya sea del profesional que receta o de su proveedor de cuidados paliativos, que indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la entrega de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida a su proveedor de cuidados paliativos o al profesional que le receta que lo notifique antes de que le surtan su receta.

En caso de que usted revoque su elección de centro de cuidados paliativos o que sea dado de alta del centro de cuidados paliativos, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos según se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta del centro.

SECCIÓN 10 Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura

Realizamos revisiones del uso de medicamentos de nuestros miembros para ayudar a garantizar que reciban el cuidado adecuado y de manera segura.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros periódicamente. En estas revisiones buscamos problemas potenciales como:

- Posibles errores con los medicamentos
- Medicamentos que quizás no sean necesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar la misma condición
- Medicamentos que tal vez no sean seguros o apropiados debido a su edad o sexo

- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que está tomando
- Cantidades inseguras de medicamentos analgésicos opiáceos

Si identificamos un posible problema en su uso de los medicamentos, hablaremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.2 Programa para el Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opiáceos de forma segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opiáceos con receta y otros medicamentos que suelen ser objeto de abuso. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usted usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opiáceos recientemente, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea apropiado y médicamente necesario. Si, al hablar con sus médicos, decidimos que el uso de sus medicamentos opiáceos o benzodiacepinas tal vez no sea seguro, podemos limitar la manera en que usted puede obtener esos medicamentos. Si le incluimos en nuestro Programa de Administración de Medicamentos, las limitaciones pueden ser:

- Requerirle que usted surta todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepínicos de ciertas farmacias
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepínicos de ciertos médicos
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepínicos que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la manera en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un médico o de una farmacia en particular. Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que crea que es importante que nosotros sepamos. Después de que usted haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de esos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirmará la limitación. Si piensa que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el profesional que le receta tienen derecho a apelar. Si usted apela, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No le incluiremos en nuestro Programa de Administración de Medicamentos si tiene ciertas condiciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o anemia drepanocítica, si está recibiendo cuidados paliativos o para el final de la vida, o si vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Manejo de Terapias de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a los miembros que tienen necesidades complejas de salud. Nuestro programa se llama programa de Manejo de Terapias de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros para ayudar a asegurar que nuestros miembros aprovechen al máximo los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen costos altos de medicamentos o que participan en un Programa de Administración de Medicamentos a fin de recibir ayuda para usar sus opiáceos de manera segura podrían recibir servicios a través de un programa de Manejo de Terapias de Medicamentos. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre sus medicamentos, sobre sus costos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga con respecto a sus medicamentos con y sin receta. Recibirá un resumen por escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que usted debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que usted está tomando, cuánto toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros que participen en el programa de Manejo de Terapias de Medicamentos recibirán información sobre las maneras seguras para desechar los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es conveniente que hable con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve su resumen a la visita o téngalo consigo en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada y llévela consigo (por ejemplo, junto con su ID) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si usted decide no participar, notifíquenos y cancelaremos su inscripción. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicio al Cliente.

CAPÍTULO 6:

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted participa en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información que figura en esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no aplique a su caso**. Le enviamos un documento aparte, titulado *Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Quienes Reciben el Programa "Ayuda Adicional" para Pagar sus Medicamentos con Receta* (también se le llama Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos o Cláusula Adicional LIS), con información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicio al Cliente y solicítelo.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con los otros materiales que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo trata de lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo, usamos "medicamento" para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Según se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información sobre pagos, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas reglas. Cuando usa la "Herramienta de Búsqueda de Beneficios en Tiempo Real" para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 3), el costo indicado se proporciona en "tiempo real", lo que significa que el costo reflejado se limita a ese momento y es un cálculo aproximado de los gastos de su bolsillo que se espera que usted pague. También puede obtener la información que proporciona la "Herramienta de Búsqueda de Beneficios en Tiempo Real" llamando a Servicio al Cliente.

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

Hay diferentes tipos de gastos de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. Lo que usted paga por un medicamento se llama **costo compartido** y hay tres formas en las que se le puede pedir que pague.

- El **deducible** es lo que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan pague la parte que le corresponde.
- Un **copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- Un **coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo

Medicare tiene reglas sobre lo que se toma en cuenta y lo que *no* para alcanzar los gastos de su bolsillo. Las siguientes son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de los gastos de su bolsillo.

Estos pagos <u>se incluyen</u> en los gastos de su bolsillo

<u>Los gastos de su bolsillo incluyen</u> los pagos que se indican a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- Lo que usted paga por medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa del deducible
  - La Etapa de cobertura inicial
  - La Etapa sin cobertura
- Todo pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted mismo** realiza estos pagos, se incluyen en los gastos de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los gastos de su bolsillo si **ciertas otras personas u organizaciones** los realizan en nombre de usted. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, los programas de ayuda de medicamentos para el sida, un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos calificado por Medicare o el Servicio de Salud Indígena. Los pagos realizados por el programa "Ayuda Adicional" de Medicare también están incluidos.
- Algunos pagos realizados por el Programa de Descuento para la Etapa Sin Cobertura de Medicare están incluidos en los gastos de su bolsillo. Se incluye lo que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero la cantidad que paga el plan por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Cuándo pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores:

Cuando usted (o quienes pagan en nombre de usted) haya gastado un total de *$8,000* en gastos de su bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa Sin Cobertura a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.

Estos pagos no se incluyen en los gastos de su bolsillo

Los gastos de su bolsillo **no incluyen** ninguno de los siguientes tipos de pagos:

- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red que no cumplan los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que usted realice por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare.
- Pagos realizados por el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras usted esté en la Etapa Sin Cobertura.
- Pagos por sus medicamentos hechos por planes de salud de grupo, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de los Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero que tiene una obligación legal de pagar los costos de sus medicamentos con receta (por ejemplo, el seguro de accidentes laborales).

Recuerde: Si cualquier otra organización como las indicadas anteriormente paga parcial o totalmente los gastos de su bolsillo para medicamentos, usted debe llamar a Servicio al Cliente para informar a nuestro plan.

¿Cómo puede llevar un registro del total de los gastos de su bolsillo?

- **Le ayudaremos.** El informe Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D que usted recibe incluye la cantidad actual de los gastos de su bolsillo. Cuando esta cantidad alcanza *$8,000*, este informe le indicará que usted ha salido de la Etapa Sin Cobertura y ha pasado a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. La Sección 3.2 le explica lo que puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que usted gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en que se encuentre cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de *Provider Partners Health Plans*?

Existen cuatro **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta conforme a *Provider Partners Health Plans*. Lo que usted paga depende de la etapa en que se encuentre cuando surta o resurta una receta. Encontrará los detalles de cada etapa en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa de deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa sin Cobertura

Etapa 4: Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra usted

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D*

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que usted realiza cuando surte o resurte sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle el momento en el que usted pasó de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, llevamos un registro de dos tipos de gastos:

- Llevamos un registro de lo que ha pagado. A esto se le llama gastos **de su bolsillo**.
- Llevamos un registro de los **costos totales de sus medicamentos**. Esto es lo que usted paga de su bolsillo o lo que otros pagan en nombre de usted, más lo que paga el plan.

Si usted ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una Explicación de Beneficios de la Parte D. La Explicación de Beneficios de la Parte D incluye:

- **Información de ese mes**. Este informe le brinda los detalles de pago de las recetas que ha surtido en el mes anterior. Indica el total de gastos en medicamentos, lo que pagó el plan, así como lo que pagó usted y lo que pagaron otras personas en su nombre.

- **Totales del año desde el 1 de enero.** A esto se le llama información del año hasta la fecha. Indica los costos totales de sus medicamentos y los pagos totales por estos desde que comenzó el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total de los medicamentos y los aumentos en los precios desde el primer surtido por cada reclamo de medicamentos con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles de menor costo.** Incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido menor por cada reclamo de medicamentos con receta.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener su información de pagos de medicamentos actualizada

Para hacer un seguimiento de los gastos en medicamentos y de los pagos que usted realiza por sus medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. Esto es lo que puede hacer para ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que estamos al tanto de las recetas que usted está surtiendo y de lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información necesaria para llevar un registro de los gastos de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos de su bolsillo, envíenos copias de sus recibos. Los siguientes son ejemplos de las ocasiones en las que usted debe entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuentos que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando hace un copago por medicamentos que se suministran conforme a un programa de asistencia al paciente patrocinado por un fabricante de medicamentos.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos la información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos, un programa de ayuda de medicamentos para el sida (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos llevar un registro de sus costos.

- **Revise el informe por escrito que le enviamos.** Cuando reciba la Explicación de Beneficios de la Parte D revísela para verificar que la información sea correcta y esté completa. Si cree que falta algo o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicio al Cliente. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del Deducible, usted pagará el costo total de sus medicamentos

La Etapa del Deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando usted surte su primera receta del año. Cuando usted está en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el deducible del plan, que es de $*545* para 2024. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluso las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para viajeros. El **costo total** generalmente es más bajo que el precio total normal del medicamento ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.

Una vez que usted haya pagado $*545* por sus medicamentos, dejará la Etapa del Deducible y pasará a la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta la receta

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (la cantidad de su coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar en que surta la receta.

Sus opciones de farmacias

La cantidad que paga por un medicamento depende de que lo obtenga en:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos los medicamentos con receta que se surten en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para saber cuándo cubriremos un medicamento con receta surtido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y el surtido de sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de Farmacias* del plan.

Sección 5.2 Una tabla que le indica sus costos por un suministro de *un mes* de un medicamento

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un coseguro.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de *un mes* de un medicamento con receta de la Parte D cubierto:

Nivel	**Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro de hasta *30* días)	**Costo compartido en farmacia de pedidos por correo** (un suministro de hasta *30* días)	**Costo compartido en farmacia de cuidado a largo plazo (LTC)** (un suministro de hasta *31* días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener información detallada). (un suministro de hasta *30* días)
Nivel 1 de costo compartido	*25 % del costo total*	*25 % del costo total*	*25 % del costo total*	*25 % del costo total*

No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, es posible que usted no tenga que pagar el costo del suministro del mes entero

Por lo general, lo que usted paga por un medicamento con receta cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que el suministro de un medicamento sea para menos de un mes (por ejemplo, si va a probar un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, un suministro de menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto le ayudaría a planificar mejor sus fechas de resurtido de varias recetas.

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

- Si usted es responsable de pagar un coseguro, pagará un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será más bajo.
- Si es responsable de pagar un copago por el medicamento, usted solo pagará por el número de días de suministro del medicamento que reciba en lugar de un mes completo. Calcularemos lo que usted paga por cada día por su medicamento (costo compartido diario) y la multiplicaremos por el número de días de suministro del medicamento que reciba.

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

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta *90* días.

La tabla de abajo indica lo que usted paga cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento.

- Algunas veces, el costo del medicamento es menor que el copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

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

Nivel	**Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro de hasta *90* días)	**Costo compartido en farmacia de pedidos por correo** (un suministro de hasta *90* días)
Nivel 1 de costo compartido	*25 % del costo total*	*25 % del costo total*

Usted no pagará más de $70 por un suministro de hasta dos meses o $105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales por medicamentos durante el año alcancen los $5,030

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la cantidad total por los medicamentos con receta que haya surtido alcance los ***$5,030*, que es el límite de la Etapa de Cobertura Inicial.**

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los gastos de su bolsillo alcancen los $*8,000.* Entonces pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.

La Explicación de Beneficios de la Parte D que usted recibe le ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier tercero en nombre de usted, han gastado en sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $5,030 en un año.

Le avisaremos si usted alcanza este límite. Si alcanza este límite, saldrá de la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa Sin Cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa Sin Cobertura

Si usted está en la Etapa Sin Cobertura, el Programa de Descuento para la Etapa Sin Cobertura de Medicare ofrece descuentos de fabricantes en los medicamentos de marca. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte del cargo de suministro por los medicamentos de marca. Tanto la cantidad que usted paga como la cantidad del descuento del fabricante se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo, como si usted los hubiera pagado, y le permiten avanzar por la Etapa Sin Cobertura.

Usted también recibe cierto nivel de cobertura de medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25 % del costo de los medicamentos genéricos, y el plan paga el resto. Solamente se toma en cuenta la cantidad que usted paga y le permite avanzar por la Etapa Sin Cobertura.

Usted sigue pagando estas cantidades hasta que los pagos anuales de su bolsillo alcancen el máximo establecido por Medicare. Una vez que alcance ese máximo de $*5,030*, pasará de la Etapa Sin Cobertura a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.

Medicare tiene reglas sobre lo que se toma en cuenta y lo que *no* cuenta como los gastos de su bolsillo (Sección 1.3).

Los requisitos del coseguro de la Etapa Sin Cobertura no se aplican a los productos de insulina cubiertos de la Parte D ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluso las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para viajeros.

Usted no pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores cuando los gastos de su bolsillo hayan alcanzado el límite de *$8,000* que corresponde al año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

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

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas – Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la "Lista de Medicamentos". Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted incluso si usted no ha pagado su deducible. Consulte la "Lista de Medicamentos" de su plan o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener información detallada sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

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

- La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna**.
- La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **aplicarle la vacuna.** (A esto se le llama a veces administración de la vacuna).

Sus costos de una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

1. **Si la vacuna para adultos la recomienda una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D las recomienda el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) y usted no paga nada.
2. **Dónde se obtiene la vacuna.**
   - La vacuna en sí puede ser suministrada por una farmacia o proporcionada por el consultorio médico.
3. **Quién le aplica la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrarle la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrársela en el consultorio médico.

Lo que paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en qué **etapa de pago de medicamentos** se encuentra usted.

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del proveedor que se la administra. Puede pedir a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo. En el caso de la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que le reembolsarán la totalidad del costo que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, usted solo pagará su parte del costo mediante su beneficio de la Parte D. Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.

A continuación, se presentan tres ejemplos de formas en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Le administran la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas.)

- Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
- Por el resto de las vacunas de la Parte D, usted tendrá que pagarle a la farmacia el coseguro por la vacuna, lo que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Le administran la vacuna de la Parte D en el consultorio médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna y el costo del proveedor que se la administra.
- Luego, puede usar los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 para pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo.
- En el caso de la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, le reembolsarán la totalidad del costo que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier coseguro por la vacuna (incluida su administración) y menos cualquier diferencia entre lo que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si usted recibe el programa “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en sí en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se la administran.

- Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.

- Por otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted podría tener que pagar el costo total de ese servicio.
- Luego, puede usar los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 para pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo.
- En el caso de la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, le reembolsarán la totalidad del costo que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, le reembolsarán la cantidad que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.
- Y menos cualquier diferencia entre lo que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si usted recibe el programa “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que nos debe pedir que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

A veces, al recibir cuidado médico o un medicamento con receta, es posible que tenga que pagar el costo total. En otros casos, es posible que usted se dé cuenta que ha pagado más de lo esperado, según las reglas de cobertura del plan. En estos casos, puede pedirnos que le reembolsemos (es decir, que le demos un "reembolso"). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero cada vez que haya pagado más que su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir plazos para recibir un reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que usted reciba una factura de un proveedor por el costo total del cuidado médico que usted ha recibido o, posiblemente, por más que su costo compartido, según se explica en el documento. Primero, intente resolver el asunto de la factura con el proveedor. Si no resulta, envíenos la factura en lugar de pagarla. Nosotros la revisaremos y decidiremos si los servicios deberían estar cubiertos. Si decidimos que debemos cubrirlos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Usted nunca debería pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted tiene derecho al tratamiento de todas maneras.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario que pida a nuestro plan que le haga un reembolso o que pague una factura que usted ha recibido:

1. Cuando haya recibido cuidado médico de emergencia o requerido de urgencia de un proveedor que no está dentro de la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios para emergencias o servicios requeridos de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor forme parte de nuestra red o no. En estos casos,

- usted solamente es responsable de pagar su parte del costo de servicios para emergencias o servicios requeridos de urgencia. Los proveedores de servicios en situaciones de emergencia están obligados legalmente a proporcionar cuidado de emergencia. Si usted paga la cantidad total al momento de recibir el cuidado, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le pide un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esa factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
    - Si le debemos algo al proveedor, le pagaremos directamente a él.
    - Si usted ya pagó más que su parte del costo por el servicio, determinaremos cuánto debería haber pagado y le devolveremos la parte del costo que nos corresponde.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted piensa que no debería pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle a usted solo su parte del costo. Pero, en ocasiones, pueden cometer un error y pedirle a usted que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solamente tiene que pagar el costo compartido que le corresponde cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se llama facturación del saldo. Esta protección (que usted nunca pague más que el costo compartido que le corresponde) se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red y usted piense que es por una cantidad mayor a la que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted ya pagó una factura a un proveedor de la red y piensa que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado y pídanos que le devolvamos la diferencia entre la cantidad que usted pagó y la cantidad que debería haber pagado conforme al plan.

3. Si su inscripción en nuestro plan es retroactiva

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que ya ha pasado el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción puede haber sido incluso el año pasado.)

Si su inscripción en nuestro plan fue retroactiva y usted tuvo gastos de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le devolvamos el dinero por nuestra parte de los costos. Deberá presentar documentación, como recibos y facturas, para que tramitemos su reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentar el reclamo directamente ante nosotros. Cuando esto ocurra, usted tendrá que pagar el costo total de su medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para conocer estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan

Si no lleva consigo su tarjeta de ID de miembro del plan, puede pedir a la farmacia que llame al plan o que consulte su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesitan de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total de su medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Es posible que deba pagar el costo total de la receta porque descubre que por alguna razón el medicamento no está cubierto.

- ŸŸPor ejemplo, tal vez el medicamento no esté en la "Lista de Medicamentos" del plan o podría tener un requisito o una restricción que usted desconocía o que piensa que no se debería aplicar a su caso. Si usted decide obtenerlo inmediatamente, es posible que deba pagar el costo total del medicamento.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero. En algunos casos, es posible que su médico deba proporcionarnos más información para que le devolvamos nuestra parte del costo.

7. Cuando un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted piensa que no debería pagar

Cubrimos la atención recibida de un proveedor fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Para obtener más información, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 3. Los proveedores fuera de la red siempre deben facturar al plan directamente y cobrarle a usted solamente la parte del costo que le corresponde. Pero, en ocasiones, el proveedor fuera de la red puede pedirle a usted que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solamente tiene que pagar el costo compartido que le corresponde cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se llama "facturación del saldo". Esta protección (que usted nunca pague más que el costo compartido que le corresponde) se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la "facturación del saldo", consulte la Sección 1.4 del Capítulo 4.
- Cuando reciba una factura de un proveedor fuera de la red y usted piense que es por una cantidad mayor a la que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor fuera de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la que le correspondía según el Plan, hasta la cantidad que el Plan habría pagado al proveedor fuera de la red si hubiera presentado un reclamo directamente al Plan Los planes deben incluir circunstancias adicionales en las que aceptarán un reclamo en papel de un miembro.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió

Puede solicitarnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es conveniente que haga una copia de su factura y de los recibos para su archivo personal. **Debe presentarnos su reclamo dentro de los 120 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para solicitar el pago y asegurarse de proporcionarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez. *Si no utiliza el formulario, los datos necesarios son el ID de miembro, la fecha de servicio, el nombre del proveedor, la información de contacto del proveedor, los códigos de procedimiento y los gastos del procedimiento.*
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (*www.pphealthplan.com*) o llame a Servicio al Cliente para pedir el formulario.

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

Para reclamos médicos
Provider Partners Health Plans
P.O. Box 21063
Eagan, MN 55121
Attn: Direct Member Reimbursement

Para reclamos de farmacia
Provider Partners Health Plans c/o Elixir
7835 Freedom Avenue NW
North Canton, OH 44720
Attn: DMR Department

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos que sí o que no

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos pagar

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos que nos dé alguna información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento tiene cobertura y que usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si usted aún no pagó 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 nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta que explicará los motivos por los que no le enviamos el pago y los derechos que usted tiene a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte del cuidado médico o del medicamento, usted puede presentar una apelación

Si piensa que nos hemos equivocado al denegar su solicitud de pago o con respecto a lo que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos cuando denegamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener información detallada sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una forma que le resulte conveniente y que sea acorde a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del inglés, braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan tiene la obligación de asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos quienes tienen una competencia limitada del inglés, una capacidad limitada de lectura o una incapacidad auditiva, o quienes tienen distintos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traductores, servicios de interpretación, teletipos o conexión al servicio de TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento también está disponible en inglés, si lo necesita. También podemos proporcionarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Se nos exige que le proporcionemos la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le proporcionemos información de una forma que le resulte conveniente, llame a Servicio al Cliente.

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecer a las miembros la opción de tener acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para recibir servicios para el cuidado de la salud preventivo y de rutina de la mujer.

Si los proveedores dentro de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especialistas fuera de la red que le proporcionen el cuidado necesario. En este caso, usted solamente pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay ningún especialista dentro de la red del plan que preste un servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde debe ir para recibir ese servicio a un costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a especialistas en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (TTY 711) para presentar una queja formal. Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. También puede presentar una queja ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Su plan debe 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: provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento también está disponible en español, si es necesario. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. 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 ir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a especialistas en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante Servicios para miembros llamando al 1-800-405-9681 (TTY 711). El horario es desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) dentro de la red del plan para que le preste los servicios cubiertos y haga los arreglos necesarios para estos. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (por ejemplo, un ginecólogo) sin una referencia. No le exigimos que obtenga referencias para consultar a proveedores de la red.

Usted tiene derecho a programar citas y recibir servicios cubiertos de la red de proveedores del plan, *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando usted necesite ese cuidado. Además, tiene derecho a que le surtan o resurtan sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin esperar demasiado tiempo.

Si cree que no está recibiendo su cuidado médico o sus medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9 le indica qué puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y de su información de salud personal. Nosotros protegemos su información de salud personal según lo exigen estas leyes.

- Su información de salud personal incluye la información personal que usted nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, además de sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se usa su información de salud. Nosotros le entregamos un aviso por escrito, llamado **Aviso de Prácticas de Privacidad**, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Garantizamos que sus registros no sean vistos ni modificados por ninguna persona sin autorización.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si pretendemos dar su información de salud a cualquier persona que no esté proporcionando su cuidado o pagándolo, *primero debemos obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya dado un poder legal para que tome decisiones por usted.*
- Hay ciertas excepciones en las que no se nos exige que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
    - Se nos exige que divulguemos información de salud a las agencias del gobierno que verifican la calidad del cuidado.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige que proporcionemos a Medicare su información de salud, que incluye la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación o para otros usos, esto se hará según los estatutos y normas federales; normalmente, esto requiere que no se comparta la información que le identifica de forma exclusiva.

Usted puede consultar la información de sus registros y saber cómo se ha compartido con terceros

Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos en poder del plan y a obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle un cargo por hacer las copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que agreguemos o corrijamos información en sus registros médicos. Si nos pide esto, colaboraremos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se compartió su información de salud con terceros para cualquier finalidad que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD - PRIVACIDAD DE LA HIPAA

Compromiso con la protección de la información sobre la salud

El Plan cumplirá las Normas de Privacidad de la Información sobre la Salud Individualmente Identificable (es decir, la "Norma de Privacidad") establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS) en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Dichas normas controlan la difusión de la "información de salud protegida" (Protected Health Information, PHI) de los Participantes del Plan. Las normas de privacidad se aplicarán y harán cumplir en las oficinas del Empleador y del Patrocinador del Plan y en cualquier otra entidad que pueda brindar asistencia en el funcionamiento del Plan.

El Plan está obligado por ley a tomar medidas razonables para garantizar la privacidad de la PHI del Participante del Plan, e informarle sobre:

1. Las divulgaciones y usos de la PHI por parte del Plan;
2. Los derechos de privacidad del Participante del Plan con respecto a su PHI;
3. Las obligaciones del Plan con respecto a su PHI;
4. El derecho del Participante del Plan a presentar una queja ante el Plan y ante el Secretario del HHS; y La persona u oficina de contacto para obtener más información sobre las prácticas de privacidad del Plan.

En esta disposición se pueden utilizar términos en mayúsculas, pero no se definen de otro modo. Estos términos tendrán el mismo significado que los establecidos en el Título 45 del CFR, Secciones 160.103 y 164.501. Cualquier modificación de la normativa HIPAA que altere un término HIPAA definido o una cita normativa se considerará incorporada a esta disposición.

Cómo puede utilizarse y divulgarse la información de salud

En general, las Normas de Privacidad permiten al Plan utilizar y divulgar la PHI de un individuo, sin obtener autorización, solo si el uso o divulgación es:

1. *Para efectuar el pago de beneficios.*
2. *Para operaciones de atención de la salud.*
3. *Para fines de tratamiento, o*
4. *si el uso o la divulgación entran dentro de una de las circunstancias limitadas descritas en las normas (por ejemplo, la divulgación es exigida por ley o para actividades de salud pública).*

Divulgación de la PHI al Patrocinador del Plan para fines de administración del plan

Para que el Patrocinador del Plan pueda recibir y utilizar la PHI con fines de administración del plan, el Patrocinador del Plan se compromete a:

1. *No utilizar ni divulgar la PHI más allá de lo permitido o exigido por los documentos del Plan o de lo exigido por la ley (tal y como se define en las normas de privacidad).*
2. *Garantizar que todos los agentes, incluidos los subcontratistas, a los que el Patrocinador del Plan proporcione la PHI recibida del Plan, acepten las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Patrocinador del Plan con respecto a dicha PHI.*
3. *Establecer salvaguardias para la información, incluidos sistemas de seguridad para el tratamiento y almacenamiento de datos.*
4. *Mantener la confidencialidad de toda la PHI, a menos que una persona dé su consentimiento o autorización específicos para divulgar dichos datos o a menos que los datos se utilicen para el pago de la atención médica o las operaciones del Plan.*
5. *Recibir PHI, en ausencia de una autorización expresa del individuo, solo para llevar a cabo funciones de administración del Plan.*
6. *No utilizar ni divulgar la PHI para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro plan de beneficios o beneficios para empleados del Patrocinador del Plan, excepto en virtud de una autorización que cumpla con los requisitos de las normas de privacidad.*
7. *Informar al Plan sobre cualquier uso o divulgación de la PHI que no sea coherente con los usos o divulgaciones previstos de los que tenga conocimiento el Patrocinador del Plan.*
8. *Poner a disposición la PHI de conformidad con la sección 164.524 de las normas de privacidad (45 CFR 164.524).*
9. *Poner a disposición la PHI para su modificación e incorporar cualquier enmienda a la PHI de acuerdo con la sección 164.526 de las normas de privacidad (45 CFR 164.526).*
10. *Poner a disposición la información necesaria para dar cuenta de las divulgaciones de conformidad con la sección 164.528 de las normas de privacidad (45 CFR 164.528).*
11. *Poner sus prácticas internas, libros y registros relativos al uso y divulgación de la PHI recibida del Plan a disposición del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), o de cualquier otro funcionario o empleado del HHS en quien se haya delegado la autoridad correspondiente, a los fines de determinar el cumplimiento por parte del Plan de la parte 164, subparte E, de las normas de privacidad (45 CFR 164.500 y siguientes).*

12. *Informar al Plan sobre cualquier uso o divulgación inconsistente de la PHI de la que tenga conocimiento el Patrocinador del Plan.*
13. *Formar a los empleados en los requisitos de protección de la privacidad y nombrar a un coordinador de cumplimiento de la privacidad responsable de dichas protecciones.*
14. *De ser posible, devolver o destruir toda la PHI recibida del Plan que el Patrocinador del Plan aún conserve en cualquier forma y no retener ninguna copia de dicha PHI cuando ya no sea necesaria para el propósito para el cual se divulgó, excepto que, si dicha devolución o destrucción no es factible, limitar los usos y divulgaciones posteriores a aquellos propósitos que hacen que la devolución o destrucción de la PHI sea inviable, y*
15. *garantizar que se establezca una separación adecuada entre el Plan y el Patrocinador del Plan, tal como se exige en la sección 164.504(f)(2)(iii) de las normas de privacidad (45 CFR 164.504(f)(2)(iii)):*

    (a) Los siguientes empleados, o clases de empleados, u otras personas bajo el control del Patrocinador del Plan, tendrán acceso a la PHI que se divulgará:

    (i) Responsable de Privacidad: El acceso y uso de la PHI por parte de las personas descritas anteriormente estará restringido a las funciones de administración del plan que el Patrocinador del Plan realiza para el Plan.

    (b) En caso de que alguna de las personas descritas anteriormente no cumpla con las disposiciones de los documentos del Plan relativas al uso y divulgación de la PHI, el Administrador del Plan impondrá las sanciones razonables que sean necesarias, según su criterio, para garantizar que no se produzcan más incumplimientos. El Administrador del Plan informará inmediatamente al Plan de dicha infracción o incumplimiento y cooperará con el Plan para corregir la infracción o el incumplimiento e imponer las medidas disciplinarias o sanciones adecuadas. Dichas sanciones se impondrán de forma progresiva (por ejemplo, una advertencia oral, una advertencia por escrito, tiempo libre sin sueldo y despido), si procede, y se impondrán de forma que sean proporcionales a la gravedad de la infracción.

Divulgación del resumen de información de salud al Promotor del Plan

El Plan podrá divulgar la PHI al Patrocinador del Plan del plan de salud grupal para fines de administración del plan o conforme a una solicitud de autorización firmada por el Participante del Plan. El Plan puede utilizar o divulgar un "resumen de información de salud" al Promotor del Plan para obtener ofertas de primas o modificar, enmendar o cancelar el plan de salud grupal.

Divulgación de determinados datos de inscripción al Patrocinador del Plan

De conformidad con la sección 164.504(f)(1)(iii) de las normas de privacidad (45 CFR 164.504(f)(1)(iii)), el Plan puede divulgar al Patrocinador del Plan información sobre si una persona está participando en el Plan o está inscrita o se ha dado de baja de un emisor de seguro de salud o de una organización de mantenimiento de la salud ofrecida por el Plan al Patrocinador del Plan.

Divulgación de la PHI para obtener cobertura de punto máximo de pérdidas o exceso de pérdidas

Por la presente, el Patrocinador del Plan puede autorizar y ordenar al Plan, a través del Administrador del Plan o del tercero administrador, que divulgue la PHI a las aseguradoras de punto máximo de pérdida, a las aseguradoras de exceso de pérdidas o a los agentes gestores de seguros (managing general underwriters, MGU) para la suscripción y otros fines para obtener y mantener la cobertura de punto máximo de pérdida o de exceso de pérdida relacionada con los reclamos de beneficios en virtud del Plan. Dicha divulgación se efectuará de conformidad con las normas de protección de la privacidad.

Otras divulgaciones y usos de la PHI:

Usos y divulgaciones permitidos de la PHI

1. *Tratamiento, pago y operaciones de atención médica: El Plan tiene derecho a utilizar y divulgar la PHI de un Participante del Plan para todas las actividades incluidas en las definiciones de Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica y de conformidad con la Norma de Privacidad de la HIPAA.*
2. *Asociados comerciales: El Plan contrata a personas y entidades (socios comerciales) para que realicen diversas funciones en su nombre. En el desempeño de estas funciones o para prestar servicios, los Asociados Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán o divulgarán la PHI, pero solo después de que el Plan y el Asociado Comercial acuerden por escrito los términos del contrato que exigen que el Asociado Comercial proteja adecuadamente la información del Participante del Plan.*
3. *Otras entidades cubiertas: El Plan puede divulgar la PHI para ayudar a los Proveedores de atención médica en relación con sus actividades de tratamiento o pago o para ayudar a otras entidades cubiertas en relación con las actividades de pago y ciertas operaciones de atención médica. Por ejemplo, el Plan puede divulgar la PHI a un Proveedor de atención médica cuando el Proveedor la necesite para brindar tratamiento a un Participante del Plan, y el Plan puede divulgar la PHI a otra entidad cubierta para realizar operaciones de atención médica. El Plan también puede divulgar o compartir la PHI con otras compañías de seguros (como Medicare, etc.) para coordinar los beneficios, si un Participante del Plan tiene cobertura a través de otra compañía.*

Otros usos y divulgaciones permitidos de la PHI

1. *Obligatorio por Ley: El Plan podrá utilizar o divulgar la PHI cuando así lo exija la ley, siempre que el uso o divulgación cumpla y se limite a los requisitos pertinentes de dicha ley.*
2. *Salud y Seguridad Públicas: El Plan podrá utilizar o divulgar la PHI cuando esté permitido para fines de actividades de salud pública, incluidas las divulgaciones para:*
    - *una autoridad de salud pública u otra autoridad gubernamental competente autorizada por ley para recibir denuncias de maltrato infantil, abandono o violencia doméstica;*
    - *productos o dispositivos regulados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos u otras actividades relacionadas con la calidad, seguridad o eficacia de productos o actividades regulados por la FDA;*

- *localizar y notificar a las personas las retiradas de productos que puedan estar utilizando; y*
- *una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o que pueda correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección, si así lo autoriza la ley.*

3. *El Plan podrá divulgar la PHI a una autoridad gubernamental, con excepción de los informes de abuso o negligencia infantil permitidos por el punto (5) anterior, cuando lo exija o autorice la ley, o con el consentimiento del Participante del Plan, si el Plan cree razonablemente que es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. En tal caso, el Plan informará sin demora al Participante del Plan de que se ha hecho o se va a hacer tal divulgación, a menos que el Plan considere que informarle le pondría en riesgo de sufrir un daño grave (pero solo a alguien en posición de ayudar a prevenir la amenaza). Por lo general, la divulgación puede hacerse a los padres u otros representantes de un menor, aunque puede haber circunstancias, en virtud de la legislación federal o estatal, en las que los padres u otros representantes no puedan tener acceso a la PHI del menor.*
4. *Actividades de Supervisión de la Salud: El Plan puede divulgar la PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades de supervisión autorizadas por la ley. Esto incluye investigaciones civiles, administrativas o penales; inspecciones; auditorías de reclamos; otorgamiento de licencias o acciones disciplinarias; y otras actividades necesarias para la supervisión adecuada de un sistema de atención de la salud, un programa de atención de la salud del gobierno y el cumplimiento de ciertas leyes.*
5. *Demandas y Disputas: El Plan podrá divulgar la PHI cuando sea necesario para procedimientos judiciales o administrativos. Por ejemplo, la PHI del Participante del Plan puede divulgarse en respuesta a una citación, solicitudes de información u otros procesos legales requeridos cuando el Plan reciba garantías satisfactorias de que la parte solicitante ha hecho un intento de buena fe de avisar al Participante del Plan de la solicitud o de obtener una orden que proteja dicha información, y se ha hecho de acuerdo con las salvaguardas de procedimiento especificadas.*
6. *Responsables de hacer cumplir la ley: El Plan podrá divulgar la PHI a un funcionario encargado del cumplimiento de la ley cuando sea necesario para fines de cumplimiento de la ley relacionados con la identificación o localización de un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida. En determinadas circunstancias, el Plan podrá divulgar la PHI del Participante del Plan en respuesta a la solicitud de un funcionario encargado del cumplimiento de la ley si él/ella es, o se sospecha que es, víctima de un delito y si cree de buena fe que la PHI constituye evidencia de una conducta delictiva ocurrida en las instalaciones del Patrocinador o del Plan.*
7. *Difuntos: El Plan podrá divulgar la PHI a un médico forense, director de funeraria o examinador médico con el fin de identificar a una persona fallecida, determinar una causa de muerte o según sea necesario para llevar a cabo sus funciones según lo autorice la ley. El Plan también puede divulgar, según lo autorice la ley, la PHI a organizaciones que se ocupan de la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.*
8. *Investigación: El Plan puede utilizar o divulgar la PHI para investigación, sujeto a ciertas condiciones limitadas.*
9. *Para evitar una amenaza grave contra la salud o la seguridad: El Plan puede divulgar la PHI de acuerdo con la ley aplicable y las normas de conducta ética, si el Plan, de buena fe, cree que el uso o divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza a la salud o seguridad de una persona o al público.*

10. *Seguro de accidentes laborales: El Plan podrá divulgar la PHI cuando esté autorizado por y en la medida en que sea necesario para cumplir con el seguro de accidentes laborales u otros programas similares establecidos por ley.*
11. *Reclusos: El Plan podrá divulgar la PHI cuando a la institución correccional o al funcionario encargado del cumplimiento de la ley para: que la institución proporcione atención médica al Participante del Plan; la salud y seguridad del Participante del Plan y la salud y seguridad de otras personas; o la seguridad y protección de la institución correccional.*
12. *Seguridad Militar y Nacional: El Plan puede divulgar la PHI a las autoridades militares del personal de las fuerzas armadas en determinadas circunstancias. Según lo autoriza la ley, el Plan puede divulgar la PHI necesaria para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional a funcionarios federales autorizados.*
13. *Situaciones de Emergencia: El Plan podrá divulgar la PHI en una situación de emergencia, o si el Participante del Plan está incapacitado o no está presente, a un familiar, amigo personal cercano, agencia autorizada de ayuda en caso de desastre o cualquier otra persona previamente identificada por usted. El Plan utilizará su criterio profesional y su experiencia para determinar si la divulgación redunda en beneficio del Participante del Plan. Si la divulgación es en el mejor interés del Participante del Plan, el Plan divulgará solamente la PHI que sea directamente relevante a la participación de la persona en la atención del Participante del Plan.*
14. *Actividades de Recaudación de Fondos: El Plan puede divulgar la PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación benéfica o entidad similar para ayudar a financiar sus actividades. Si el Plan no se comunica con el Participante del Plan para actividades de recaudación de fondos, el Plan le dará al Participante del Plan la oportunidad de optar por no recibir, o dejar de recibir, dichas comunicaciones en el futuro.*
15. *Divulgación de Información sobre Planes de Salud Grupales: El Plan puede divulgar la PHI a un patrocinador del plan de salud grupal -como un empleador u otra entidad- que esté proporcionando un programa de atención médica al Participante del Plan. El Plan puede divulgar la PHI a esa entidad si esa entidad ha contratado al Plan para administrar el programa de atención médica del Participante del Plan en su nombre.*
16. *Para fines de suscripción: El Plan puede divulgar la PHI para fines de suscripción, como para tomar una determinación sobre una solicitud o pedido de cobertura. Si el Plan no divulga la PHI del Participante del Plan con fines de suscripción, el Plan tiene prohibido utilizar o divulgar en el proceso de suscripción la PHI que sea información genética.*

Usos y divulgaciones de PHI que requieren autorización

1. *Venta de PHI: El Plan solicitará autorización por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de PHI, lo que significa que el Plan está recibiendo una compensación por divulgar la PHI de esa manera.*
2. *Marketing: El Plan solicitará autorización por escrito para utilizar o divulgar la PHI para fines de marketing con excepciones limitadas, como cuando el Plan tiene comunicaciones de marketing cara a cara con el Participante del Plan o cuando el Plan proporciona obsequios promocionales de valor nominal.*

3. *Notas de psicoterapia: El Plan solicitará autorización por escrito para utilizar o divulgar cualquiera de las notas de psicoterapia del Participante del Plan que puedan estar archivadas con excepción limitada, como para ciertas funciones de tratamiento, pago u operación de atención médica.*

Otros usos y divulgaciones de la PHI que no estén descritos anteriormente solo se realizarán con autorización por escrito. Si el Participante del Plan proporciona al Plan dicha autorización, puede revocarla por escrito y la revocación será efectiva para futuros usos y divulgaciones de la PHI. Sin embargo, la revocación no será efectiva para la información que el Plan ya haya utilizado o divulgado, basándose en la autorización.

Divulgaciones obligatorias de la PHI

1. *Divulgación a los Participantes del Plan: El Plan está obligado a divulgar a un Participante del Plan la mayor parte de la PHI en un Conjunto de Registros Designados cuando el Participante del Plan solicite acceso a esta información. El Plan divulgará la PHI de un Participante del Plan a una persona que haya sido asignada como su representante y que haya calificado para tal designación de acuerdo con la ley estatal pertinente. Antes de la divulgación a una persona calificada como representante personal, el Plan debe recibir documentación justificativa por escrito que establezca la base de la representación personal.*

El Plan puede optar por no tratar a la persona como representante personal del Participante del Plan si tiene una creencia razonable de que el Participante del Plan ha sido, o puede ser, objeto de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona, no es en el mejor interés del Participante del Plan tratar a la persona como su representante personal, o tratar a dicha persona como su representante personal podría poner en peligro al Participante del Plan.

1. *Divulgación al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: El Plan está obligado a divulgar la PHI del Participante del Plan al Secretario del Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos cuando el Secretario esté investigando o determinando el cumplimiento del Plan con la Norma de Privacidad HIPAA.*
2. *Asociados comerciales: El Plan contrata a personas y entidades (socios comerciales) para que realicen diversas funciones en su nombre. En el desempeño de estas funciones o para prestar servicios, los Asociados Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán o divulgarán la PHI, pero solo después de que el Plan y el Asociado Comercial acuerden por escrito los términos del contrato que exigen que el Asociado Comercial proteja adecuadamente la información del Participante del Plan.*
3. *Otras entidades cubiertas: El Plan puede divulgar la PHI para ayudar a los Proveedores de atención médica en relación con sus actividades de tratamiento o pago o para ayudar a otras entidades cubiertas en relación con las actividades de pago y ciertas operaciones de atención médica. Por ejemplo, el Plan puede divulgar la PHI a un Proveedor de atención médica cuando el Proveedor la necesite para brindar tratamiento a un Participante del Plan, y el Plan puede divulgar la PHI a otra entidad cubierta para realizar operaciones de atención médica. El Plan también puede divulgar o compartir la PHI con otras compañías de seguros (como Medicare, etc.) para coordinar los beneficios, si un Participante del Plan tiene cobertura a través de otra compañía.*

Posible impacto de la ley estatal

Por lo general, la Norma de Privacidad de la HIPAA no "prevalece" (o tiene prioridad sobre) las leyes estatales de privacidad u otras leyes aplicables que proporcionan a las personas mayores protecciones de la privacidad. En consecuencia, en la medida en que se aplique la legislación estatal, las leyes de privacidad de un estado en particular, u otras leyes federales, en lugar de las regulaciones de la Norma de Privacidad HIPAA, podrían imponer una norma de privacidad bajo la cual el Plan deberá operar. Por ejemplo, cuando se hayan promulgado dichas leyes, el Plan seguirá las leyes estatales de privacidad más estrictas que se relacionan con los usos y divulgaciones de la PHI sobre VIH o SIDA, salud mental, abuso de sustancias/dependencia química, pruebas genéticas, derechos reproductivos, etc.

Derechos de las personas

El Participante del Plan tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

1. *Solicitar restricciones: El Participante del Plan tiene derecho a solicitar restricciones adicionales sobre el uso o divulgación de la PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. El Participante del Plan puede solicitar que el Plan restrinja las divulgaciones a familiares, parientes, amigos u otras personas identificadas por él que estén involucradas en su atención o en el pago de su atención. El Plan no está obligado a aceptar estas restricciones solicitadas.*
2. *Derecho a recibir comunicaciones confidenciales: El Participante del Plan tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones relativas a la PHI de una determinada manera o en un determinado lugar. La solicitud debe formularse por escrito, indicando la forma en que el Participante del Plan desea ser contactado. El Plan atenderá todas las solicitudes razonables.*
3. *Copia de este Aviso: El Participante del Plan tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia en papel, comuníquese con el Coordinador de Cumplimiento de la Privacidad.*
4. *Registro de Divulgaciones: El Participante del Plan tiene derecho a solicitar un registro de las divulgaciones que el Plan haya hecho de su PHI. La solicitud debe hacerse por escrito y no se aplica a las divulgaciones para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y algunos otros fines. El Participante del Plan tiene derecho a dicho registro para los seis (6) años anteriores a su solicitud, aunque no antes del 14 de abril de 2003. Salvo lo dispuesto a continuación, para cada divulgación, el registro incluirá: (a) la fecha de la divulgación, (b) el nombre de la entidad o persona que recibió la PHI y, si se conoce, la dirección de dicha entidad o persona; (c) una descripción de la PHI divulgada, (d) una declaración de la finalidad de la divulgación que informe razonablemente al Participante del Plan sobre la base de la divulgación, y otros datos determinados. Si el Participante del Plan desea realizar una solicitud, comuníquese con el Coordinador de Cumplimiento de la Privacidad.*
5. *Acceso: El Participante del Plan tiene derecho a solicitar la oportunidad de ver u obtener copias de la PHI que el Plan mantiene sobre él/ella en ciertos registros que mantiene el Plan. Si el Participante del Plan solicita copias, se le podrá cobrar una tarifa para cubrir los gastos de fotocopiado, envío por correo y otros suministros. Para inspeccionar o copiar la PHI, comuníquese con el Coordinador de Cumplimiento de la*

Privacidad. En circunstancias muy limitadas, el Plan puede denegar la solicitud del Participante del Plan. Si el Plan rechaza la solicitud, el Participante del Plan puede tener derecho a una revisión de dicha denegación.

6. *Enmienda: El Participante del Plan tiene derecho a solicitar que el Plan cambie o enmiende su PHI. El Plan se reserva el derecho de exigir que esta solicitud se haga por escrito. Presente la solicitud al Coordinador de Cumplimiento de la Privacidad. El Plan puede denegar la solicitud del Participante del Plan en determinados casos, por ejemplo, si no se presenta por escrito o si el Participante no justifica su solicitud.*

Preguntas o Quejas

Si el Participante del Plan desea obtener más información sobre las prácticas de privacidad del Plan, tiene preguntas o inquietudes, o cree que el Plan puede haber violado sus derechos de privacidad, comuníquese con el Plan utilizando la siguiente información. El Participante del Plan puede presentar una queja por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o ante el Plan. El Plan proporcionará al Participante del Plan la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si así lo solicita.

El Plan no tomará represalias contra el Participante del Plan por presentar una queja ante el Plan o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Información de Contacto:
Información de contacto del responsable del cumplimiento de la privacidad:

c/o Privacy Compliance Officer
Provider Partners Health Plans
785 Elkridge Landing Road, Suite #300
Linthicum Heights, MD 21090

Número gratuito: 833-213-0636
compliance@pphealthplan.com

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre el plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de *Provider Partners Health Plans*, usted tiene derecho a que le suministremos diversos tipos de información.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre los títulos académicos y las habilitaciones de los proveedores y las farmacias dentro de nuestra red, y de la manera como pagamos a los proveedores dentro de nuestra red.

- **Información sobre su cobertura y las reglas que usted debe seguir al usar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y lo que usted puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo pedir una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está limitada. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que también se llama apelación.

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

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre el cuidado de su salud

Usted tiene derecho a obtener información completa de parte de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

También tiene derecho a participar plenamente en todas las decisiones sobre el cuidado de su salud. Para ayudarle a tomar decisiones junto con sus médicos sobre qué tratamiento es el más adecuado para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, independientemente del costo o de si están cubiertas o no por nuestro plan. También incluye que se le informe sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado con su cuidado. Se le debe informar por anticipado si una parte del tratamiento o cuidado médico propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir que "no".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que es mejor que se quede. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego, si rechaza recibir un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su organismo como resultado de esta decisión.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si usted no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas debido a accidentes o una enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que se haga si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Llenar un formulario por escrito por el que le da a **alguien la autorización legal para que tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted no puede tomarlas por sí mismo.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo de su cuidado médico si en algún momento usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que usted puede usar para dar las instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **instrucciones por anticipado**. Hay diferentes tipos de instrucciones por anticipado y tienen distintos nombres. Los documentos llamados **testamento vital** y **poder legal para el cuidado de la salud** son ejemplos de instrucciones por anticipado.

Si usted desea usar un formulario de **instrucciones por anticipado**, debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede solicitar un formulario de instrucciones por anticipado a su abogado, a un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. En ocasiones, puede pedir formularios de instrucciones por anticipado a organizaciones que proporcionan información sobre Medicare.
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente del lugar en donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que correspondan.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombre en el formulario que puede tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Sería conveniente que distribuya copias a sus amigos íntimos o a sus familiares. Guarde una copia en su domicilio.

Si sabe con anticipación que será hospitalizado y ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado, **lleve una copia con usted al hospital.**

- En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su decisión si desea o no llenar un formulario de Instrucciones por Anticipado (incluida la decisión de firmar uno si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede denegarle el cuidado ni discriminarle por haber firmado Instrucciones por Anticipado.

¿Qué debe hacer si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó un formulario de Instrucciones por Anticipado y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones del formulario, usted puede presentar una queja ante:

- *MARYLAND: Comisión de Atención Médica de Maryland: 1-877-245-1762 o TTY 1-800-735-2258, o la oficina del Fiscal General de Maryland: 1-877-261-8807.*

- *MISSOURI: Colegio de Abogados de Missouri: 1-573-635-4128, o Departamento de Salud y Servicios para Mayores de Missouri: 1-573-751-6400.*
- *NORTH CAROLINA: División de Regulación de Servicios de Salud de North Carolina en el 1-800-624-3004 o 919-855-4500*
- *PENNSYLVANIA: Comisión de Atención Médica de Pennsylvania al 1-717-787-6458 o la oficina del Fiscal General de Pennsylvania al 1-717-787-3391.*

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado

Si tiene algún problema, duda o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se explica lo que puede hacer. Haga lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarle con equidad.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que le están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?

Si se trata de un tema de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se respetaron sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697; también puede llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otro tema?

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se respetaron sus derechos *y no* es un tema de discriminación, puede obtener ayuda para manejar su problema:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente**.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud**. Para obtener información detallada, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares en los que puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente**.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud**. Para obtener información detallada, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.

- Puede comunicarse con **Medicare**.
    - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Sus Derechos y Protecciones en 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 algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se indica lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

- **Familiarizarse con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe seguir para recibirlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para saber lo que tiene cobertura y las reglas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información detallada sobre sus servicios médicos.
    - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si usted tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, tiene la obligación de informárnoslo.** El Capítulo 1 le indica cómo coordinar estos beneficios.
- **Informar a su médico y a los demás proveedores de cuidado de la salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de ID de miembro del plan siempre que obtenga cuidado médico o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayude a los médicos y otros proveedores proporcionándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento del cuidado de su salud.**
    - A fin de ayudar para recibir el mejor cuidado, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y sus médicos acuerden.
    - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos, vitaminas y suplementos sin receta.
    - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Ser considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que su forma de actuar facilite que todo marche bien en el consultorio de su médico, los hospitales y otros centros donde se le brinde cuidado.
- **Pagar lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:

  - Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Por la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o el medicamento.
  - Si se le exige que pague una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos con receta.
  - Si está obligado a pagar la cantidad extra por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagando la cantidad extra directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos saberlo** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y sepamos cómo comunicarnos con usted.
- **Si usted se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9:
Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para resolver problemas y dudas:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas,** también llamadas quejas formales.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir nosotros y usted.

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado en su caso y qué debería hacer.

Sección 1.2 Información sobre los términos legales

Algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo incluyen términos legales. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice presentar una queja en lugar de presentar una queja formal; decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización, determinación de cobertura o determinación en riesgo; y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- También usa la menor cantidad de siglas posible.

Sin embargo, puede ser útil – y hasta muy importante – que usted conozca los términos legales correctos. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse con más precisión para recibir la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber qué términos usar, incluimos términos legales con la información detallada para tratar tipos de situaciones específicos.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Nosotros siempre estamos a su disposición para ayudarle. Aunque usted tenga una queja sobre cómo le tratamos, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debería comunicarse con Servicio al Cliente para recibir ayuda. Pero, en algunas situaciones, es posible que también desee recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se indican dos entidades que pueden ayudarle.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa del gobierno con asesores capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe usar para resolver el problema que tiene. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y la dirección URL del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para recibir 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 el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe usar para resolver su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La guía que figura a continuación puede serle útil.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye los problemas relacionados con la cobertura de cuidado médico (artículos médicos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B), la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago del cuidado médico.

Sí.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Guía básica sobre las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones.**

No.

Pase a la **Sección 10** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otros problemas.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía básica sobre las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones

Sección 4.1 Cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su cuidado médico (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluso los pagos). Para simplificar, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **cuidado médico**. Use el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones para asuntos como si algo tiene o no tiene cobertura, y la manera en que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura, o con lo que pagaremos por su cuidado médico. Por ejemplo, si su médico de la red del plan le refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, esta referencia se considera una decisión favorable de cobertura, a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para ese especialista médico o que la Evidencia de Cobertura aclare que el servicio al que le refirieron no tiene cobertura en ningún caso. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubramos un servicio médico en particular o si se rehúsa a proporcionar cuidado médico que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted desea saber si cubriremos un cuidado médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será desestimada. Esto significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de situaciones en los que una solicitud será desestimada incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien la presenta en nombre de usted, pero no está autorizado legalmente a hacerlo, o si usted pide que se la retire. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explicará por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que tiene cobertura y lo que pagamos nosotros. En algunos casos, podríamos decidir que el cuidado médico no tiene cobertura o que ya no se lo cubre Medicare. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que usted reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En determinadas circunstancias, de las que hablaremos más adelante, usted puede solicitar una **apelación rápida** de una decisión de cobertura. Los revisores que están a cargo de su apelación no son los mismos que tomaron la decisión original.

Si usted apela una decisión por primera vez, esto se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Cuando terminemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 será desestimada. Esto significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de situaciones en los que una solicitud será desestimada incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien la presenta en nombre de usted, pero no está autorizado legalmente a hacerlo, o si usted pide que se la retire. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso que explicará por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si denegamos de manera total o parcial su apelación de Nivel 1 relacionada con el cuidado médico, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2, que será realizada por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- Usted no tiene que hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare nos exigen que enviemos automáticamente su apelación relacionada con el cuidado médico al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
- En el caso de las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si denegamos de manera total o parcial su apelación, usted deberá solicitar una apelación de Nivel 2. En la Sección 7 de este capítulo, se proporciona más información sobre las apelaciones de la Parte D.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales (la Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando pide una decisión de cobertura o presenta una apelación

A continuación, encontrará recursos en caso de que decida solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicio al Cliente**.
- **Puede recibir ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.
- **Su médico puede presentar la solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame a Servicio al Cliente y pida el formulario *Nombramiento de un Representante*. (Este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en *www.pphealthplan.com*.
    - Si se trata de cuidado médico o de medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si su apelación se deniega en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Si se trata de medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si su apelación de Nivel 1 se deniega, su médico o el profesional que le receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Usted puede pedirle a alguien que actúe en nombre de usted.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
    - Si desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente y pida el formulario de *Nombramiento de un Representante*. (Este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en *www.pphealthplan.com).* El formulario autoriza a esa persona a actuar en nombre de usted. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
    - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni realizar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo no mayor de 44 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito que explicará su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado en el colegio de abogados local o en otro servicio de referencias. También existen asociaciones que le brindarán servicios legales gratis si usted califica. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo brinda detalles para su situación?

Hay cuatro situaciones distintas que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Como cada situación tiene reglas y plazos diferentes, la información detallada de cada una se encuentra en una sección aparte:

- La **Sección 5** de este capítulo: "Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- La **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- La **Sección 7** de este capítulo: "Cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si piensa que el médico le dará de alta demasiado pronto"
- La **Sección 8** de este capítulo: "Cómo pedirnos que mantengamos la cobertura de ciertos servicios médicos si usted piensa que la cobertura termina demasiado pronto" *(Solo aplica a los siguientes servicios:* cuidado de la salud a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios [CORF])

Si no está seguro de qué sección debería usar, llame a Servicio al Cliente. También puede recibir ayuda o información de parte de organizaciones del gobierno, como su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.

SECCIÓN 5 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 Esta sección explica lo que puede hacer si tiene problemas para obtener cobertura para cuidado médico o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su cuidado

Esta sección trata de sus beneficios de cuidado médico. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud para obtener un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué son diferentes las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las cinco situaciones siguientes:

1. No recibe cierto cuidado médico que desea y cree que nuestro plan lo cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no aprueba el cuidado médico que su médico u otro proveedor médico desean proporcionarle, y usted cree que ese cuidado está cubierto por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Usted recibió cuidado médico que cree que debería estar cubierto por el plan, pero hemos denegado pagar el cuidado. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

4. Usted recibió y pagó cuidado médico que cree que debería estar cubierto por el plan y desea pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del cuidado. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le informa que se reducirá o suspenderá la cobertura de cierto cuidado médico que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado previamente, pero usted cree que dicha reducción o suspensión de ese cuidado podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

   Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es de cuidado hospitalario, cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF), usted debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de cuidado.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos Legales
Si una decisión de cobertura está relacionada con su cuidado médico, se llama **determinación de la organización.** Una "decisión de cobertura rápida" se llama **"determinación rápida".**

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar se suele tomar en un plazo no mayor de 14 días o de 72 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo no mayor de 72 horas en el caso de los servicios médicos o de 24 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:

- *Solamente* puede *solicitar* la cobertura de artículos o servicios médicos (no puede solicitar el pago de artículos o servicios que ya recibió).

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si los plazos estándar podrían *afectar gravemente a su salud o perjudicar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos concederle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le concedamos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explicará que usaremos los plazos estándar.
  - Explicará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
  - Explicará que usted puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para presentar su solicitud de que autoricemos o proporcionemos cobertura del cuidado médico que usted desea. Puede hacerlo usted, su médico o su representante. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de cuidado médico y le damos una respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud **para obtener un artículo o un servicio médico**. Si su solicitud es para obtener un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo,** si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted piensa que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener información sobre las quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)

Para las decisiones de Cobertura Rápidas, usamos un plazo rápido

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo no mayor de 72 horas si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo no mayor de 24 horas.

- **Sin embargo,** si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted piensa que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Para obtener información sobre las quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo.) Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si respondemos que no a todo o parte de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito donde se explicarán las razones de esa respuesta.

Paso 4: Si denegamos su solicitud de cobertura de cuidado médico, usted puede apelar.

- En ese caso, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a pedir obtener la cobertura de cuidado médico que usted desea. Si presenta una apelación, significa que usted pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos Legales
Una apelación presentada ante el plan sobre una decisión de cobertura relacionada con el cuidado médico se llama **reconsideración** del plan. Una apelación rápida también se llama **reconsideración rápida.**

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar se suele realizar en un plazo no mayor de 30 días o de 7 días en el caso de los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo no mayor de 72 horas.

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidado que aún no recibió, usted o su médico deberán decidir si usted necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su salud requiere una apelación rápida, le concederemos una apelación rápida.

- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, según se describen en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, hágalo por escrito.** La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo por un buen motivo, explique el motivo de su apelación tardía cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de un buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Estamos autorizados a cobrar una tasa por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando denegamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario; para ello posiblemente nos comunicaremos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.** Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
    - Sin embargo, si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas (o antes de que termine el período extendido si nos tomamos días adicionales), se nos exige que automáticamente enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y 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.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su condición de salud lo requiere, le comunicaremos nuestra decisión antes de ese plazo.
  - Sin embargo, si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si usted piensa que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. (Para obtener información sobre las quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo.)
  - Si no le damos una respuesta dentro del plazo (o antes de que termine el período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo no mayor de 30 días calendario si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, o en un plazo **no mayor de 7 días calendario** si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan deniega de manera total o parcial su apelación**, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término Legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE).**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debemos modificarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.** Estamos autorizados a cobrarle una tasa por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a dar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si su apelación fue rápida en el Nivel 1, también será una apelación rápida en el Nivel 2

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que reciba su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si su apelación fue estándar en el Nivel 1, también será una apelación estándar en el Nivel 2

- En el caso de la apelación estándar, si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que reciba su apelación. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que reciba su apelación.

- Sin embargo, si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o servicio médico**, y si se trata de solicitudes estándar, debemos autorizar la cobertura de cuidado médico en un plazo no mayor de 72 horas o prestar el servicio en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión. Si se trata de solicitudes rápidas, tenemos 72 horas después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, **y si se trata de solicitudes estándar**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo no mayor de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión. Si se trata de solicitudes rápidas tenemos **24 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización dice que no total o parcialmente a su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico no debería aprobarse. (A esto se le llama **ratificar la decisión** o **rechazar su apelación**.). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
  - Que explicará la decisión.
  - Que le notificará su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de cuidado médico alcanza un cierto mínimo. El aviso por escrito que usted reciba de la organización de revisión independiente le indicará el valor monetario que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.
  - Que le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles de apelación adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que reciba después de su apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o de un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le reembolsemos nuestra parte de una factura que recibió por cuidado médico?

El Capítulo 7 describe cuándo podría necesitar pedir el reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación para pedirnos el pago.

Pedir un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para pedir un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si el cuidado médico que usted pagó está cubierto. También verificaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura de cuidado médico.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si el cuidado médico está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo no mayor de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si usted no pagó el cuidado médico, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si denegamos su solicitud:** Si el cuidado médico *no* está cubierto o si usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que indicará que no pagaremos el cuidado médico, además de los motivos.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de denegación, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos pide que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. En el caso de las apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta que:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 60 días calendario después de que recibamos su apelación. Si nos pide que le reembolsemos el costo de cuidado médico que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que usted solicitó a usted o al proveedor en un plazo no mayor de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección explica qué puede hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el dinero por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para tener cobertura, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.) Para obtener información detallada sobre las reglas, las restricciones, los costos y los medicamentos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere solamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D* en cada caso. También usamos el término "Lista de Medicamentos" en lugar de *Lista de Medicamentos Cubiertos* o *Formulario*.

- Si usted no sabe si un medicamento está cubierto o si usted cumple las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si en su farmacia le informan que no pueden surtir su receta tal como fue emitida, la farmacia le dará un aviso por escrito que explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término Legal
Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se llama **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura, o con lo que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las situaciones siguientes:

- Desea solicitar que se cubra un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Desea pedir que no se aplique una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como los límites sobre la cantidad del medicamento que usted puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Desea solicitar la preaprobación de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**

- Desea pedir que se pague un medicamento con receta que usted ya compró. **Pídanos que le hagamos un reembolso. Sección 6.4**

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección explica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos Legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la "Lista de Medicamentos" a veces se dice solicitar una **excepción al Formulario**. Pedir que se elimine una restricción a la cobertura de un medicamento a veces se dice solicitar una **excepción al Formulario**. Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se dice solicitar una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción. Los siguientes son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra "Lista de Medicamentos".** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la "Lista de Medicamentos", usted tendrá que pagar el costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción al costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción a un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra "Lista de Medicamentos". Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción para usted, puede solicitar una excepción al copago o coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe conocer sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe comunicarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que receta deben proporcionarnos una declaración en la que expliquen los motivos médicos por los que solicitan una excepción. Para recibir una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro profesional que receta cuando pida la excepción.

Por lo general, nuestra "Lista de Medicamentos" incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. A estas diferentes posibilidades se les llama medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que solicita y no le causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general *no* aprobaríamos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o denegar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, generalmente nuestra aprobación es válida hasta el fin del año del plan, siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y el medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si denegamos su solicitud, puede presentar una apelación para solicitar otra revisión.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término Legal
Una decisión de cobertura rápida se llama **determinación de cobertura rápida.**

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las decisiones de cobertura estándar se realizan en un plazo no mayor de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se realizan en un plazo no mayor de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que usted aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró.)
- Los plazos estándar podrían afectar gravemente a su salud o perjudicar su capacidad funcional.

- **Si su médico u otro profesional que receta nos informan que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni del profesional que le receta, decidiremos si su salud requiere que le concedamos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explicará que usaremos los plazos estándar.
    - Explicará que, si su médico u otro profesional que receta solicitan la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
    - Le indicará cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Responderemos su queja en un plazo no mayor de 24 horas después de recibirla.

<u>Paso 2:</u> Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para presentar su solicitud de que autoricemos o proporcionemos cobertura del cuidado médico que usted desea. También puede acceder al proceso para decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluso una solicitud presentada en el Formulario de *Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid*, que está disponible en nuestro sitio web. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Pueden hacerlo usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante. Un abogado también puede actuar en nombre de usted. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede dar su autorización por escrito a un tercero para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, presente la declaración de respaldo,** que contiene las razones médicas para la excepción. Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Otra opción es que su médico u otro profesional que receta se comuniquen con nosotros por teléfono y que luego nos envíen la declaración por escrito por correo o fax, si es necesario.

<u>Paso 3:</u> Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.

  - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
  - Si no cumplimos este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar relacionada con un medicamento que usted aún no recibió

- Generalmente, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
  - Si no cumplimos este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** debemos **proporcionar la cobertura** que hemos aceptado proporcionar **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar relacionada con el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
  - Si no cumplimos este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** también se nos exige que le realicemos el pago en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.

- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

Paso 4: Si denegamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- En ese caso, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a pedir obtener la cobertura del medicamento que usted desea. Si presenta una apelación, significa que usted pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos Legales
Una apelación presentada ante el plan sobre una decisión de cobertura relacionada con un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación** del plan. Una apelación rápida también se llama **redeterminación rápida**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo no mayor de 7 días. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo no mayor de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si usted necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, según se describen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, usted debe solicitar una apelación rápida.

- **Para presentar apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.
- **Para presentar apelaciones rápidas, preséntelas por escrito o llámenos** *al* 1-800-405-9681 (TTY 711). La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluso una solicitud presentada en el *Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid*, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.

- *También puede hacer su solicitud de determinación de cobertura por vía electrónica en www.pphealthplan.com*
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se le pasa este plazo por un buen motivo, explique el motivo de su apelación tardía cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de un buen motivo pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede pedir una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Estamos autorizados a cobrar una tasa por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando denegamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.** Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que hemos aceptado proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar relacionada con un medicamento que usted aún no recibió

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si usted aún no recibió el medicamento y si su condición de salud lo requiere.

- Si no le comunicamos una decisión en un plazo no mayor de 7 días calendario, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** debemos proporcionar la cobertura con la rapidez que requiera su salud, pero en un plazo no mayor de **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta y cómo usted puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar relacionada con el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
  - Si no cumplimos este plazo, se nos exige que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** también se nos exige que le realicemos el pago en un plazo no mayor de **30 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
- **Si denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explicará las razones de nuestra respuesta. También le indicaremos cómo usted puede apelar.

Paso 4: Si denegamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término Legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE).**

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debemos modificarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si denegamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones explicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, los plazos que usted debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no terminamos nuestra revisión en el plazo correspondiente, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la Entidad de Revisión Independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.** Estamos autorizados a cobrarle una tasa por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a dar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta concederle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que la reciba si está relacionada con un medicamento que usted aún no recibió. Si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial lo que usted solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo no mayor de 24 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial su solicitud para que le reembolsemos el costo** de un medicamento que usted ya compró, se nos exige que le **enviemos el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión deniega su apelación?

Si esta organización deniega de manera total o parcial su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (A esto se le llama **ratificar la decisión**. También se le llama **denegar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Que explicará la decisión.
- Que le notificará su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que usted está solicitando alcanza un cierto mínimo. Si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que usted solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el Nivel 2 es definitiva.
- Que le indicará el valor monetario que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles de apelación adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación).
- Si usted desea pasar a una apelación de Nivel 3 encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o de un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que cubramos una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si piensa que le darán de alta demasiado pronto

Si se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararle para el día en que deje el hospital. Le ayudarán con los arreglos necesarios para el cuidado que pudiera necesitar al dejar el hospital.

- El día que deja el hospital se llama su **fecha de alta**.
- Una vez decidida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la comunicará.
- Si usted cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 7.1 Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que describe sus derechos

En un plazo no mayor de dos días después de haber sido admitido en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado *Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos*. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso Si no recibe el aviso de parte de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo comprende.** Le explica:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según las indicaciones de su médico. Esto incluye su derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
   - Su derecho a participar en las decisiones sobre su estadía en el hospital.
   - Dónde informar toda inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si piensa que le darán de alta del hospital demasiado pronto. Es una manera formal y legal de pedir que se aplace su fecha de alta para que cubramos su cuidado hospitalario durante más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo ha recibido y que entiende sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en nombre de usted que firme el aviso.
   - La firma del aviso *solamente* significa que usted recibió la información sobre sus derechos. El aviso no le indica su fecha de alta. La firma del aviso ***no*** **significa** que usted acepta una fecha de alta.
3. **Mantenga su copia** del aviso a mano para poder tener la información sobre cómo presentar una apelación (o cómo informar un problema o una inquietud sobre la calidad del cuidado) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta que se ha programado para usted.
- Si desea ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicio al Cliente 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. También puede consultar el aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea pedirnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, infórmese sobre lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida ayuda en caso de que la necesite**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica que su fecha de alta programada sea médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pagos del gobierno federal para que verifiquen la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital para los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió *(Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos)* explica cómo puede comunicarse con esta organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **a más tardar a la medianoche del día que le dan de alta.**
    - **Si cumple este plazo**, puede quedarse en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar la estadía* mientras espera a que la Organización para la Mejora de la Calidad le comunique la decisión.
    - **Si *no* cumple este plazo** y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* del cuidado hospitalario que reciba después de su fecha de alta programada.
- Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y todavía desea apelar, debe presentar una apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente al que se comunique con nosotros, le enviaremos a usted un **Aviso Detallado del Alta**. Este aviso le informa su fecha de alta programada y le explica detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que a usted le den de alta en esa fecha.

Para obtener una muestra del **Aviso Detallado del Alta**, puede llamar a Servicio al Cliente 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). También puede consultar un ejemplo del aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que les proporcionamos el hospital y nosotros.
- Antes del mediodía del día siguiente a que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que le indicará cuál es su fecha de alta programada. Este aviso también le explica detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que a usted le den de alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de las 24 horas de haber recopilado toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad responderá a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión la *acepta*, **debemos seguir prestando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (por ejemplo, deducibles o copagos, si corresponde). Además, es posible que sus servicios hospitalarios cubiertos tengan limitaciones.

¿Qué sucede si la apelación es denegada?

- Si la organización de revisión la *deniega*, significa que considera que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. En este caso, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará** al mediodía del día *siguiente* a que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *deniega* su apelación y usted decide quedarse en el hospital, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba a partir del mediodía del día siguiente a que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.

Paso 4: Si su apelación de Nivel 1 es denegada, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *denegó* su apelación *y* usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada, usted puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted pasa al **Nivel 2** del proceso de apelación.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise otra vez la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad deniega su apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta programada.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad denegó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si se quedó en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

Si la organización de revisión acepta:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que usted haya recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que su primera apelación fue denegada por la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir proporcionando cobertura de su cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión dice que no:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomó en su apelación de Nivel 1. A esto se le llama ratificar la decisión.
- El aviso que usted reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, usted deberá decidir si quiere continuar con la apelación y pasar al Nivel 3.

- Hay tres niveles de apelación adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si usted desea pasar a una apelación de Nivel 3, encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o de un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital?

Término Legal
Una revisión rápida también se llama **apelación rápida.**

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Según lo explicado anteriormente, usted debe actuar con rapidez para comenzar su apelación de Nivel 1 de su fecha de alta del hospital. Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, hay otra manera de presentar su apelación.

Si usa esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta en los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de su fecha de alta programada para verificar si era médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, revisamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Comprobamos si su fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Determinamos si la decisión respecto a cuándo usted debería dejar el hospital fue justa y siguió todas las reglas.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas después de que usted solicite una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita seguir hospitalizado después de su fecha de alta. Seguiremos prestando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que usted haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. (Debe pagar su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si denegamos su apelación,** estamos diciendo que su fecha de alta programada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados termina desde el día en que indicamos que su cobertura terminaría.
    - Si usted se quedó en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **es posible que tenga que pagar el costo total** del cuidado hospitalario que recibió después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si *denegamos* su apelación, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

Paso a Paso: Proceso de apelación *Alternativa* de Nivel 2

Término Legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE).**

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debemos modificarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo no mayor de 24 horas después de que le informamos que denegamos su primera apelación. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación de su alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle a usted nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que recibió desde su fecha de alta programada. También debemos seguir proporcionando la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones a la cobertura, estas podrían limitar la cantidad que reembolsaríamos o el tiempo en que continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo en que la fecha prevista del alta hospitalaria era médicamente apropiada.
    - El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente deniega su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles de apelación adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores deniegan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta la decisión o si pasa a una apelación de Nivel 3.
- La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que mantengamos la cobertura de ciertos servicios médicos si usted piensa que la cobertura termina demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección explica solamente tres servicios*: Cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF)

Si usted está recibiendo **servicios de asistencia médica a domicilio, cuidado de enfermería especializada o cuidado de rehabilitación (Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de cuidado durante todo el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es el momento de interrumpir su cobertura de cualquiera de estos tres tipos de cuidado, debemos avisarle por anticipado. Cuando su cobertura para ese cuidado termine, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su cuidado.*

Si usted piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura

Término Legal
Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación de tramitación rápida.** Solicitar una apelación de tramitación rápida es una manera formal y legal de solicitar que cambiemos nuestra decisión de cobertura de cuándo interrumpir su cuidado.

1. **Usted recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su cuidado. El aviso le indicará:
   - La fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado.
   - Cómo solicitar una apelación de tramitación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su cuidado durante más tiempo.
2. **Se le pedirá a usted o a la persona que actúe en nombre de usted que firme el aviso por escrito para demostrar que lo ha recibido.** La firma del aviso *solamente* significa que usted recibió la información sobre la fecha en que se interrumpirá su cobertura. **El hecho de firmarlo no significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir el cuidado.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para solicitar que el plan cubra su cuidado durante más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos su cuidado durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, infórmese sobre lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida ayuda en caso de que la necesite**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente. O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su cuidado es médicamente apropiada.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud que reciben pagos del gobierno federal para que verifiquen la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de cuidado médico. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite una apelación de tramitación *rápida*. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para iniciar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** indicada en el *Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare*.
- Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y todavía desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nosotros en su lugar. Para obtener detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término Legal
Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura. Aviso que proporciona información detallada sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) les preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le proporcionó nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura** de nuestra parte que explicará en detalle nuestras razones para terminar nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo no mayor de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir prestándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (por ejemplo, deducibles o copagos, si corresponde). Es posible que sus servicios cubiertos tengan limitaciones.

¿Qué sucede si los revisores deniegan su apelación?

- Si los revisores *deniegan* su apelación, **su cobertura terminará en la fecha que le indicamos.**
- Si usted decide seguir recibiendo el cuidado de asistencia médica a domicilio, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que termine su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de este cuidado.

Paso 4: Si su apelación de Nivel 1 es denegada, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *deniegan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo el cuidado después de que haya terminado su cobertura para el cuidado – puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitar que el plan cubra su cuidado durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise otra vez la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad deniega su apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *denegó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le comunicarán esa decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado que usted haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. **Debemos seguir proporcionando cobertura** del cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión deniega su apelación?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomó en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que usted reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará información detallada sobre cómo pasar al próximo nivel de apelación, que está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, usted deberá decidir si quiere continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, es decir, un total de cinco niveles de apelación. Si usted desea pasar a una apelación de Nivel 3, encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o de un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Tal como se explicó anteriormente, usted debe actuar con rapidez y comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su primera apelación (en un plazo no mayor de uno o dos días). Si se le pasa el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si usa esta otra manera de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a Paso: Cómo presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 1

Término Legal
Una revisión rápida también se llama **apelación rápida.**

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta en los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, revisamos otra vez toda la información relacionada con su caso. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando fijamos la fecha para terminar la cobertura de los servicios del plan que usted estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas después de que usted solicite una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios durante más tiempo, y que seguiremos prestándole sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos

aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que usted haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. (Debe pagar su parte de los costos; se pueden aplicar limitaciones a la cobertura).

- **Si denegamos su apelación,** su cobertura terminará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si usted siguió recibiendo cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría, **tendrá que pagar el costo total** de este cuidado.

Paso 4: Si *denegamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

Término Legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE).**

Paso a Paso: Proceso de apelación Alternativa de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su apelación rápida. Esta organización determina si debemos modificar la decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para cumplir la función de ser una organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo no mayor de 24 horas después de que le informamos que denegamos su primera apelación. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle a usted nuestra parte de los costos del cuidado que haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. También debemos seguir cubriendo el cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si la cobertura tiene limitaciones, estas podrían limitar lo que reembolsaríamos o el tiempo que seguiríamos cubriendo los servicios.

- **Si esta organización *deniega* su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación y no la cambiará.
- El aviso que usted reciba de la organización de revisión independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente deniega su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, es decir, un total de cinco niveles de apelación. Si usted desea pasar a una apelación de Nivel 3, encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo presentar su apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Servicios Médicos

Esta sección puede serle útil si usted presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor monetario del artículo o del servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, es posible que usted pueda pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor monetario es inferior al nivel mínimo, usted no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación se indica quién revisa su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno Federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador aceptan su apelación, el proceso de apelación *podría* o *no* terminar.** A diferencia de una decisión de una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.

- Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle el cuidado médico en un plazo no mayor de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado adjudicador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos complementarios. Es posible que esperemos la decisión sobre la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el cuidado médico en disputa.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador deniegan su apelación, el proceso de apelación *podría* o *no* terminar.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación es aceptada o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de una apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *podría* o *no* terminar.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelaremos o no esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el cuidado médico en un plazo no mayor de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- **Si la apelación es denegada o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación *podría* o *no* terminar.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación, el aviso que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o *no* su solicitud. Esa es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Medicamentos de la Parte D

Esta sección puede serle útil si usted presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un cierto valor monetario, es posible que usted pueda pasar a niveles de apelación adicionales. Si la cantidad de dinero es menor, usted no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y lo que debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación se indica quién revisa su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 **Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno Federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **en un plazo no mayor de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones rápidas) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la apelación es denegada, el proceso de apelación *podría o no* terminar.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
    - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el 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 termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **en un plazo no mayor de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones rápidas) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la apelación es denegada, el proceso de apelación *podría o no* terminar.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.

- Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación o su solicitud de revisión de la apelación, el aviso le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si se *acepta* o *no* su solicitud. Esa es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras dudas

Sección 10.1 ¿Qué clases de problemas se tratan a través del proceso de queja?

El proceso de queja se usa *solamente* para ciertos tipos de problemas. Por ejemplo, problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan a través del proceso de queja.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	• ¿No está conforme con la calidad del cuidado que recibió (incluso el cuidado en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Alguien compartió información confidencial o no respetó su derecho a la privacidad?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguna persona fue descortés o irrespetuosa con usted? • ¿No está conforme con nuestro Servicio al Cliente? • ¿Le parece que le están alentando a que deje el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para hacer una cita o está esperando demasiado para obtenerla? • ¿Ha tenido que esperar mucho para que le atiendan los médicos, los farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O nuestro Servicio al Cliente u otro personal del plan? o Por ejemplo, esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen, o para obtener un medicamento con receta.

Queja	Ejemplo
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le enviamos un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Este tipo de quejas están relacionadas con la puntualidad de nuestras medidas con respecto a decisiones de cobertura y apelaciones)	Si usted solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y piensa que no le respondemos de manera suficientemente rápida, puede presentar una queja sobre nuestra tardanza. Ejemplos: • Usted nos solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, y la denegamos; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir determinados artículos o servicios médicos, o medicamentos que fueron aprobados, o para reembolsar el costo de estos; puede presentar una queja. • Cree que no hemos cumplido los plazos exigidos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos Legales

- Una **"queja"** también se llama **"queja formal".**
- **Presentar una queja** también se dice **presentar una queja formal**.
- Otra manera de decir **usar el proceso para presentar quejas** es **usar el proceso para presentar una queja formal**.
- Una **"queja rápida"** también se llama **"queja formal rápida".**

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese de inmediato con nosotros, por teléfono o por escrito.

- **En general, el primer paso es llamar a Servicio al Cliente.** Servicio al Cliente le informará si debe hacer algo más.

- **Si no desea llamar (o llamó, pero no quedó conforme), puede enviarnos su queja por escrito.** Si envía su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- *Queja formal estándar: Para usar nuestros procedimientos formales para responder quejas formales, puede llamar a Servicio al Cliente y presentar verbalmente una queja formal; o puede enviar su queja formal por escrito a nuestra dirección que figura en la Sección 1 del Capítulo 2. Una vez que recibimos su queja formal, la investigaremos. Nos comunicaremos con usted si necesitamos información adicional. Una vez concluida nuestra investigación, se lo notificaremos verbalmente o por escrito. Si recibimos su solicitud por escrito, si pide una respuesta por escrito o si su queja se refiere a la calidad de la atención médica, le notificaremos la conclusión por escrito. Una vez recibida su queja formal, debemos comunicarle una conclusión dentro de los treinta (30) días calendario. Sin embargo, hay casos que pueden requerir más tiempo.*
- *Quejas formales aceleradas: Puede presentar una queja formal acelerada de manera verbal o escrita si no está de acuerdo con nuestra decisión de no tomar una determinación de cobertura/organización acelerada o una reconsideración/redeterminación acelerada. Puede interponer una queja formal acelerada si no está de acuerdo con la decisión del plan de solicitar una prórroga de catorce (14) días calendario para tomar una decisión sobre una determinación de organización, determinación de cobertura, reconsideración, redeterminación o queja formal estándar. Puede presentar una queja formal acelerada comunicándose con Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.*
- El **plazo** para presentar una queja es 60 días calendario desde el momento que usted tuvo el problema por el que desea quejarse.

<u>Paso 2:</u> Analizamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que le podamos dar una respuesta en el mismo momento de su llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo no mayor de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es por su bien, o si usted nos pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (un total de 44 días calendario) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de decisión de cobertura rápida o de apelación rápida, le concederemos automáticamente una queja rápida.** Si su queja es rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja, o no asumimos la responsabilidad del problema por el que se queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le demos.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Si su queja es sobre la *calidad del cuidado*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja** directamente ante la **Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud en ejercicio que reciben pagos del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.

O

- **Puede presentar su queja tanto ante la Organización para la Mejora de la Calidad como ante nosotros al mismo tiempo**.

Sección 10.5 También puede presentar su queja ante Medicare

Puede presentar una queja sobre *Provider Partners Health Plans* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:
Cómo terminar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción sobre cómo terminar su membresía en nuestro plan

El fin de su membresía en *Provider Partners Health Plans* puede darse de forma **voluntaria** (por elección propia) o **involuntaria** (no por elección propia):

- Usted podría dejar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo terminar su membresía voluntariamente.
- También existen situaciones limitadas en las que estamos obligados a terminar su membresía. La Sección 5 describe las situaciones en las que debemos terminar su membresía.

Si va a dejar nuestro plan, este debe seguir proporcionando su cuidado médico y sus medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido, hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede terminar su membresía en cualquier momento

Puede terminar su membresía en *Provider Partners Health Plans* en cualquier momento.

- Debido a que usted vive en un asilo de convalecencia, puede terminar su membresía en *Provider Partners Health Plans* en cualquier momento.
- Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
    - Medicare Original *con* un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.
    - Medicare Original *sin* un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.
    - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.

  Nota: Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y está sin cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
- Su **membresía generalmente terminará** el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.2 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo terminar su membresía, puede:

- **Llamar a Servicio al Cliente.**
- Encontrar la información en el *manual* ***Medicare y Usted 2024.***
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede terminar su membresía en nuestro plan?

La tabla que aparece a continuación explica cómo debería terminar su membresía en nuestro plan.

Si desea pasar de nuestro plan a:	**Esto es lo que debe hacer:**
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en *Provider Partners Health Plans* se cancelará automáticamente.
• Medicare Original *con* un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en *Provider Partners Health Plans* se cancelará automáticamente.
• Medicare Original *sin* un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare.	• **Envíenos una solicitud de cancelación de la inscripción por escrito**. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio al Cliente. • También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en *Provider Partners Health Plans* se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que termine su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga usando los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.**
- **Siga usando la farmacia de *pedidos por correo* o las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.**
- **Si es hospitalizado el mismo día en que termina su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que se le dé de alta** (incluso si se le da de alta después de que haya comenzado su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 *Provider Partners Health Plans* debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?

Provider Partners Health Plans **debe terminar su membresía en el plan en cualquiera de las siguientes situaciones:**

- Si usted ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o sale de viaje por mucho tiempo, llame a Servicio al Cliente para saber si el lugar al que se mudará o al que viajará está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Usted no cumple los requisitos de participación especiales del plan.
    - Para calificar para nuestro plan, usted debe vivir en un asilo de convalecencia que esté disponible en nuestro plan. Consulte la lista de los asilos de convalecencia que tienen contrato con nosotros en el Directorio de Proveedores del plan, o llame a Servicio al Cliente para pedir que le envíen una lista.
    - – o - usted vive en su domicilio y nuestro plan obtuvo la confirmación de que usted necesita el tipo de cuidado que generalmente se proporciona dentro de un asilo de convalecencia.
    - Tenga en cuenta lo siguiente: Si deja de calificar pero se puede prever razonablemente que vuelva a cumplir los requisitos dentro de 1 mes, seguirá cumpliendo los requisitos para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le explica sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos).

- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si deja de ser ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene y que le proporciona cobertura de medicamentos con receta.
- Si, al inscribirse en nuestro plan, usted nos proporciona intencionalmente información incorrecta que afecta sus requisitos de participación en nuestro plan. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
- Si usted se comporta constantemente de una manera conflictiva y nos dificulta brindarles cuidado médico a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de ID de miembro para recibir cuidado médico. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
    - Si terminamos su membresía por este motivo, es posible que el Inspector General de Medicare investigue su caso.
- Si debe pagar la cantidad extra por la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá su cobertura de medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, llame a Servicio al Cliente.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Provider Partners Health Plans no tiene permitido pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que le están pidiendo que deje nuestro plan debido a un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle el motivo por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal sobre nuestra decisión de terminar su membresía.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

La ley principal que rige esta *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas conforme a la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si este documento no contiene ni explica esas leyes.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales que protegen contra la discriminación, que incluyen, el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación Laboral debido a la Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley y regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene dudas relacionadas con la discriminación o un trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. 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.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso al cuidado, llámenos a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudar.

Providers Partners Health Plans cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Provider Partners Health Plans no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Provider Partners Health Plans:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos para personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse con nosotros de manera efectiva, como por ejemplo:
    - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)

- Ofrece servicios gratuitos en otros idiomas para personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
    - Intérpretes calificados
    - Información escrita en otros idiomas
- Si necesita estos servicios, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681, (TTY 711). Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Si usted cree que Provider Partners Health Plans no le prestó estos servicios o le discriminó de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja formal ante:

Responsable de cumplimiento de Provider Partners Health Plans
Dirección postal: 785 Elkridge Landing Rd, Suite #300
Linthicum Heights, MD 21090
Teléfono: 1-833-213-0636
Fax: 1-844-570-7811
Correo electrónico: compliance@pphealthplan.com

Puede presentar una queja formal en persona, o bien, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Responsable de cumplimiento de Provider Partners Health Plans se encuentra a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que está disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 o TDD 1-800-537-7697.
Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.

Los formularios para quejas están disponibles en https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Servicios de Interpretación en Varios Idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al 1-800-405-9681. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-405-9681. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-405-9681。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino cantonés: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，爲此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-800-405-9681。我們講中文的人員將樂意爲您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-405-9681. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-405-9681. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-405-9681 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-405-9681. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-405-9681번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-405-9681. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-405-9681. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-405-9681 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-405-9681. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-405-9681. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Francés criollo: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-405-9681. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-405-9681. Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-405-9681にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de Medicare cubiertos por los que Medicare no es el pagador primario. Según las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en el Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42, secciones 422.108 y 423.462, *Provider Partners Health Plans*, como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en los subapartados B a D de la parte 411 del CFR 42, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación

Si le pagamos a usted o en su nombre los servicios cubiertos, tenemos derecho a subrogarnos completamente todos los derechos que usted tenga contra cualquier persona, entidad o aseguradora que pueda ser responsable del pago de los gastos médicos y/o beneficios relacionados con su lesión, enfermedad o afección. Tenemos derecho a ejercer los mismos derechos de subrogación y recuperación que se conceden al Programa Medicare en virtud de las Normas del Pagador Secundario de Medicare. Una vez que hayamos efectuado un pago por los servicios cubiertos, tendremos un derecho de retención sobre el producto de cualquier sentencia, acuerdo u otra adjudicación o recuperación que usted reciba, incluidos, entre otros, los siguientes:

1. Cualquier indemnización, acuerdo, beneficio u otras cantidades pagadas en virtud de cualquier ley o indemnización por accidente de trabajo:

2. Todos y cada uno de los pagos efectuados directamente por una entidad tercera o en su nombre;

3. Cualquier indemnización, pagos, acuerdos, acuerdos estructurados u otros beneficios o importes pagados en virtud de una póliza de cobertura de motorista sin seguro o con seguro insuficiente; o

4. Cualquier otro pago designado, asignado o destinado a ser pagado a usted como compensación o restitución, por su lesión, enfermedad o afección sufrida como resultado de la negligencia o responsabilidad de un tercero.

Usted se compromete a cooperar con nosotros y con cualquiera de nuestros representantes y a adoptar todas las medidas o acciones necesarias para garantizar nuestro derecho de retención, incluidas, entre otras, las siguientes:

1. Responder a las solicitudes de información sobre accidentes o lesiones;

2. Responder a nuestras solicitudes de información y facilitar toda la información pertinente que hayamos solicitado; y

3. Participar en todas las fases de cualquier acción legal que iniciemos para proteger nuestros derechos, lo que incluye, entre otras cosas, participar en la presentación de pruebas, asistir a las deposiciones y comparecer y testificar en el juicio.

SECCIÓN 5 Aviso sobre la recuperación del sobrepago

Si los beneficios pagados por esta Evidencia de Cobertura, más los beneficios pagados por otros planes, exceden el monto total de los gastos, nuestro plan tiene derecho a recuperar el monto de ese sobrepago de uno o más de los siguientes: (1) cualquier persona a la que o para la que se efectuaron dichos pagos; (2) otros Planes; o (3) cualquier otra entidad a la que se efectuaron dichos pagos. Este derecho de recuperación se ejercerá a discreción de nuestro plan. Usted deberá ejecutar cualquier documento y cooperar con Provider Partners Health Plans para garantizar su derecho a recuperar dichos sobrepagos, a solicitud de Provider Partners Health Plans.

SECCIÓN 6 Información farmacéutica

Los nombres de los medicamentos que figuran en este documento y en cualquier otro documento del Plan son marcas comerciales registradas y/o no registradas de empresas farmacéuticas de terceros no relacionadas ni afiliadas a Provider Partners Health Plans. Incluimos estas marcas comerciales aquí únicamente con fines informativos y no implican ni sugieren afiliación alguna entre el patrocinador del plan y dichas empresas farmacéuticas de terceros.

CAPÍTULO 12:
Definiciones de palabras importantes

Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – Si sus ingresos brutos ajustados y modificados, según lo informado en su declaración de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos de hace 2 años, están por encima de una cierta cantidad, usted pagará la prima estándar y un Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso. IRMAA es un cargo extra que se suma a su prima. Menos del 5 % de los beneficiarios de Medicare se ven afectados, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Apelación – Lo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios para el cuidado de la salud o de medicamentos con receta, o de denegar el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio – Área geográfica en la que usted debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. En los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, generalmente también es el área donde usted puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Auxiliar de Asistencia Médica a Domicilio – Persona que presta servicios para los que no se necesita la especialización de un terapeuta o una enfermera con licencia, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Cancelar la inscripción o **cancelación de la inscripción** – Proceso para terminar su membresía en nuestro plan.

Cargo de Suministro – Cargo que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Centro de cirugía ambulatoria – Entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no excede las 24 horas.

Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF). Centro que presta principalmente servicios para la rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, servicios psicológicos o sociales, servicios de terapia respiratoria, terapia ocupacional y para las patologías del habla y del lenguaje, además de servicios para la evaluación del entorno de su domicilio.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – Agencia federal que administra Medicare.

Cobertura de medicamentos con receta acreditable – Cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando comienzan a cumplir los requisitos de Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro que ayuda a pagar medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no cubre la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Copago – Lo que posiblemente tenga que pagar como su parte del costo de un suministro o un servicio médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. El copago es una cantidad fija (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro – Lo que posiblemente tenga que pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo de servicios o medicamentos con receta.

Costo Compartido – Se refiere a lo que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) el deducible que un plan puede imponer antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) el copago fijo que un plan requiere cuando se recibe un servicio o un medicamento específicos; o (3) el coseguro, un porcentaje del total que se paga por un servicio o un medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o un medicamento específicos.

Costo compartido diario – Se puede aplicar costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Un costo compartido diario es el copago dividido por el número de días en un suministro de un mes. Por ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de $30, y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, costo compartido diario es de $1 por día.

Cuidado de custodia – Cuidado personal que se recibe dentro de un asilo de convalecencia, un centro de cuidados paliativos u otro centro cuando usted no necesita cuidado médico especializado ni cuidado de enfermería especializada. El cuidado de custodia, proporcionado por personas que no tienen capacitación ni especialización profesional, incluye la ayuda con las actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse o levantarse de la cama, sentarse o pararse de una silla, desplazarse e ir al baño. También puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan solas, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga el cuidado de custodia.

Cuidado de emergencia – Servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor calificado para prestar servicios para emergencias; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF). Cuidado de enfermería especializada y servicios para la rehabilitación que se brindan diaria y continuamente en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de cuidado incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solamente pueden ser proporcionadas por un médico o una enfermera titulada.

Cuidados paliativos – Beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que tiene una enfermedad terminal certificada médicamente, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

DEDUCIBLE – Lo que usted debe pagar por cuidado de la salud o medicamentos con receta antes de que pague nuestro plan.

Determinación de cobertura – Decisión sobre si un medicamento que se le ha recetado está cubierto por el plan y lo que usted debe pagar, si corresponde, por el medicamento con receta. Por lo general, si usted lleva su receta a una farmacia y le informan que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, esto no se trata de una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribir a su plan para pedir una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se llaman **decisiones de cobertura**.

Determinación de la organización – Decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios tienen o no tienen cobertura, o sobre cuánto debe pagar usted por los artículos o los servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se llaman decisiones de cobertura.

Emergencia – Se da cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o limitación grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor grave o una condición médica que está empeorando rápidamente.

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) – Cierto equipo médico que su médico le indica por razones médicas. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio.

Estadía en el hospital como paciente hospitalizado – Estadía en el hospital cuando fue admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un paciente ambulatorio.

Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores – Etapa del Beneficio de Medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otra persona calificada en nombre de usted) ha gastado $*8,000* en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Etapa de Cobertura Inicial – Etapa antes de que el total de gastos en medicamentos, incluidas las cantidades que usted haya pagado y lo que su plan haya pagado en su nombre durante el año, haya alcanzado los $5,030.

Evidencia de cobertura (Evidence of coverage, EOC) y divulgación de información – Este documento, junto con su solicitud de inscripción y todo otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional elegida, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción – Tipo de decisión de cobertura que, si es aprobada, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro Formulario (una excepción al Formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). Usted también puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosificación del medicamento que usted está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación del saldo – Cuando un proveedor (como un médico o un hospital) factura a un paciente más que la cantidad de costo compartido permitida del plan. Como miembro de *Provider Partners Health Plans*, usted solo tiene que pagar las cantidades de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le cobren mediante **facturación del saldo** ni que le cobren una cantidad mayor al costo compartido indicado por su plan.

Farmacia de la red – Farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para que los miembros de nuestro plan puedan obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura solamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red – Farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de su bolsillo – Consulte la definición costo compartido anteriormente. Los gastos de su bolsillo del miembro son la cantidad que el miembro tiene la obligación de pagar como su costo compartido de los servicios o medicamentos recibidos.

Herramienta de beneficios en tiempo real – Portal o aplicación informática en que los miembros pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica del miembro sobre el formulario y los beneficios. Incluye costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que se pueden usar para la misma condición de salud que un medicamento determinado y restricciones a la cobertura (Preautorización, Terapia Escalonada, Límites de Cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Indicación Médicamente Aceptada – Uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o que cuenta con el respaldo de ciertas fuentes de referencia.

Límite de Cobertura Inicial – Límite máximo de la cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial.

Límites de cantidad – Proceso administrativo diseñado para limitar el uso de medicamentos elegidos por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden ser en la cantidad del medicamento que cubrimos por cada medicamento con receta o durante un período definido.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o "Lista de Medicamentos"). Lista de los medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Máximo de gastos de su bolsillo – Lo máximo que pagará de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos dentro de la red. Las cantidades que usted paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y los medicamentos con receta no cuentan para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.

Medicaid (o Asistencia Médica) – Programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Médicamente necesario. Servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca – Medicamento con receta que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló originalmente. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles hasta el vencimiento de la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico – Medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) como medicamento que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico surte el mismo efecto que un medicamento de marca y suele costar menos.

Medicamentos cubiertos – Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que no ofrezcamos todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Medicare Original (**Medicare Tradicional o Medicare de Tarifa por Servicio**) – Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no por un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Conforme a Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago de las cantidades establecidas por el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud. Usted puede recibir servicios de cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

Medicare. Programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (generalmente aquellas personas con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan) – Beneficiario de Medicare que cumple los requisitos para recibir los servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Multa por Inscripción Tardía en la Parte D – Cantidad que se agrega a la prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si usted está sin cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período de 63 días consecutivos o más después de que usted cumple los requisitos por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – Grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud en ejercicio que reciben pagos del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare.

Parte C – Consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – Programa de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare voluntario.

Período de beneficios – Forma en que Medicare Original mide el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ningún cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (ni cuidado especializado en un centro de enfermería especializada) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de hospital para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios. El número de períodos de beneficios es ilimitado.

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage – Período del 1 de enero al 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona cumple los requisitos de Medicare por primera vez.

Período de Inscripción Anual – Plazo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o cambiarse a Medicare Original.

Período de Inscripción Especial. Lapso establecido en el cual los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones en las que usted puede cumplir los requisitos para un Período de Inscripción Especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe el programa "Ayuda Adicional" para pagar los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un asilo de convalecencia o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

Período de Inscripción Inicial – Período en el que puede inscribirse en la Parte A y en la Parte B de Medicare cuando cumple los requisitos de Medicare por primera vez. Si cumple los requisitos de Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes de su cumpleaños y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de costos de Medicare – Es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan Médico Competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos conforme al art. 1876(h) de la Ley.

Plan de salud de Medicare – Plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a los beneficiarios de Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Personas con Necesidades Especiales, los Programas Piloto o de Demostración, y los Programas de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) – Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han convenido tratar a los miembros del plan por un pago específico. Un plan de una Organización de Proveedores Preferidos debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual para los gastos de su bolsillo por servicios que recibe de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto para el total combinado de los gastos de su bolsillo por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan del Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) – Plan que combina servicios médicos, servicios sociales y apoyos y servicios a largo plazo para personas frágiles a fin de ayudarles a mantener su independencia y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un asilo de convalecencia) durante el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en planes del Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores reciben sus beneficios tanto de Medicare como de Medicaid a través del plan.

Plan Institucional Equivalente para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) – Plan que inscribe a personas que cumplen los requisitos y viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de cuidado institucional basado en la evaluación realizada por el estado. La evaluación se debe realizar con la misma herramienta de evaluación del nivel de

cuidado del estado correspondiente y debe ser administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para Personas con Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que viven en una residencia de vivienda asistida (assisted living facility, ALF) contratada, si es necesario para asegurar la prestación uniforme del cuidado especializado.

Plan Institucional para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) – Plan que inscribe a personas que cumplen los requisitos y que viven continuamente, o se espera que vivan continuamente, durante 90 días o más en un centro de cuidado a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (nursing facility, NF) o ambos (SNF/NF), un Centro de Cuidado Intermedio para Personas con Discapacidades Intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid que prestan servicios para el cuidado de la salud a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen un estado de cuidado de la salud o necesidades similares a los otros tipos de centros mencionados. Un Plan Institucional para Personas con Necesidades Especiales debe tener un acuerdo contractual con (o ser propietario de y operar) los centros de Cuidado a Largo Plazo específicos.

Plan Medicare Advantage (MA) – En ocasiones, se le llama Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle a usted todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un plan Privado de Tarifa por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage de una Organización para el Mantenimiento de la Salud o de una Organización de Proveedores Preferidos también puede ser un Plan para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). A estos planes se les llama **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos con Receta**.

Plan para Personas con Necesidades Especiales por Condiciones Crónicas (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP) – Planes para Personas con Necesidades Especiales que limitan la inscripción a personas que cumplen los requisitos de Medicare Advantage y que tienen una o más condiciones crónicas graves o incapacitantes, según lo definido en la Sección 422.2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales; incluso limitan la inscripción según los grupos de condiciones clínicamente vinculadas que por lo general son comórbidas, que se especifican en la Sección 422.4(a)(1)(iv) del Título 42 del Código de Reglamentos Federales.

Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP) – Plan que inscribe a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y los requisitos de participación de la persona.

Plan para Personas con Necesidades Especiales. Tipo especial de Plan Medicare Advantage que brinda cuidado de la salud más especializado para grupos específicos de personas, como quienes tienen tanto Medicare como Medicaid, quienes residen en un asilo de convalecencia o quienes tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Póliza Medigap (Seguro Complementario de Medicare) – Seguro Complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para *cubrir los costos* que no están cubiertos por Medicare Original. Las pólizas Medigap solamente se pueden usar con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Preautorización – Preaprobación para recibir servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan preautorización se indican en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan una preautorización se indican en el Formulario.

Prima – Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de cuidado de la salud por la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico – Medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales y vegetales, bacterias u hongos. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que los productos alternativos se llaman biosimilares. Por lo general, los productos biosimilares surten exactamente el mismo efecto y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa Ayuda Adicional – Programa estatal o de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y los coseguros.

Programa de Descuento para la Etapa Sin Cobertura de Medicare – Programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros inscritos en la Parte D que han alcanzado la Etapa Sin Cobertura y que no estén recibiendo ya el programa “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en convenios entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

Programa Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI) – Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, y que sean discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del programa Seguridad de Ingreso Complementario no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Prótesis y ortesis – Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, abrazaderas ortopédicas para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluso los suministros para ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de Cuidado Primario (Primary Care Provider, PCP) – Médico u otro proveedor que usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de cuidado primario antes de consultar a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.

Proveedor de la red – Proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de cuidado de la salud, hospitales y otros centros de cuidado de la salud con licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios para el cuidado de la salud. Los **proveedores de la red** tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, coordinar además de prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. A los proveedores de la red también se les llama **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – Proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni para prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados de nuestro plan, no son propiedad de este ni son operados por este.

Queja – El nombre formal para presentar una queja es **presentar una queja formal**. El proceso de queja se usa *solamente* para ciertos tipos de problemas. Por ejemplo, problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no cumple los períodos del proceso de apelación.

Queja Formal – Tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, nuestros proveedores o nuestras farmacias, incluso una queja concerniente a la calidad del cuidado que ha recibido. No incluye disputas sobre cobertura ni pago.

Servicio al Cliente – Departamento dentro de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Servicios cubiertos – Término que usamos para referirnos a todos los suministros y servicios para el cuidado de la salud que están cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los dentales o de servicios para la vista o la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Servicios para la rehabilitación – Incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios requeridos de urgencia – Servicios cubiertos que no son servicios para emergencias, que son prestados cuando los proveedores de la red no están a su disposición o no están accesibles temporalmente, o cuando el miembro está fuera del área de servicio. Por ejemplo, cuando usted necesita cuidado inmediato durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – Consulte la definición Programa “Ayuda Adicional”.

Terapia escalonada – Procedimiento de utilización que requiere que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Servicio al Cliente de Provider Partners Health Plans

Método	Servicio al Cliente: Información de contacto
LLAME AL	*1-800-405-9681* Las llamadas a este número son gratuitas. *Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.* Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	*711* Las llamadas a este número son gratuitas. *Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.*
FAX	*1-888-918-2989*
ESCRIBA A	*Provider Partners Health Plans* *P.O. Box 21063* *Eagan, MN 55121*
SITIO WEB	*www.pphealthplan.com*

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud

El *Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud* es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud local a los beneficiarios de Medicare.

Consulte la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto para obtener más información sobre el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de su estado.

Declaración de Divulgación de la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA)
Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto para esta recopilación de información es 0938-1051. Si usted tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.