

1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios médicos de Medicare y cobertura de medicamentos, como miembro de Provider Partners Illinois Advantage Plan, Provider Partners Indiana Advantage Plan, Provider Partners Kentucky Advantage Plan, Provider Partners Maryland Advantage Plan, Provider Partners Missouri Advantage Plan, Provider Partners North Carolina Advantage Plan, Provider Partners Pennsylvania Advantage Plan o Provider Partners Texas Advantage Plan (HMO I-SNP).

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de salud y de medicamentos de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

- Nuestra prima del plan y los costos compartidos
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El 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 lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Provider Partners Illinois Advantage Plan, Provider Partners Indiana Advantage Plan, Provider Partners Kentucky Advantage Plan, Provider Partners Maryland Advantage Plan, Provider Partners Missouri Advantage Plan, Provider Partners North Carolina Advantage Plan, Provider Partners Pennsylvania Advantage Plan y Provider Partners Texas Advantage Plan, es ofrecido por Provider Partners Health Plans. Cuando en esta Evidencia de Cobertura figura “nosotros”, “nos” o “nuestro” se refiere a Provider Partners Health Plans. Cuando figura “plan” o “nuestro plan”, significa Provider Partners Illinois Advantage Plan, Provider Partners Indiana Advantage Plan, Provider Partners Kentucky Advantage Plan, Provider Partners Maryland Advantage Plan, Provider Partners Missouri Advantage Plan, Provider Partners North Carolina Advantage Plan, Provider Partners Pennsylvania Advantage Plan o Provider Partners Texas Advantage Plan).

Este documento está disponible gratis en español. Este material podría estar disponible en otros formatos, como Braille o letra grande.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Le notificaremos sobre los cambios que pueden afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Y0135_EOC26A_C_SPA

Índice**Índice**

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro	5
SECCIÓN 1	Usted es miembro de Provider Partners Health Plans5
SECCIÓN 2	Requisitos de participación para el plan.....6
SECCIÓN 3	Materiales importantes para miembros8
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales de Provider Partners Health Plans13
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual del plan.....19
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado nuestro registro de membresía del plan21
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan22
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes.....	24
SECCIÓN 1	Provider Partners Health Plans contactos.....24
SECCIÓN 2	Cómo obtener ayuda de Medicare27
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia con el seguro médico (SHIP).....29
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad (QIO)32
SECCIÓN 5	Seguro Social.....35
SECCIÓN 6	Medicaid36
SECCIÓN 7	Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos con receta39
SECCIÓN 8	Junta de Retiro Ferroviario (RRB).....47
SECCIÓN 9	¿Tiene un seguro de grupo u otro seguro de salud de un empleador?48
CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos	49
SECCIÓN 1	Cómo obtener cuidado médico como miembro de nuestro plan49
SECCIÓN 2	Use proveedores de la red del plan para obtener cuidado médico.....51
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de cuidado55
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?57
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica57
SECCIÓN 6	Normas para obtener cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud.....60
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero61
CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)	63
SECCIÓN 1	Cómo comprender los gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos.....63
SECCIÓN 2	La tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos66
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)118

Índice**CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D 121**

SECCIÓN 1	Reglas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan	121
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	122
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan	125
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones de cobertura	126
SECCIÓN 5	¿Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desea?	128
SECCIÓN 6	Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....	131
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	133
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	134
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ...	135
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	137

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D 140

SECCIÓN 1	Lo que paga por los medicamentos de la Parte D	140
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para miembros de Provider Partners Health Plans	143
SECCIÓN 3	Su Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra.....	143
SECCIÓN 4	La Etapa del deducible.....	145
SECCIÓN 5	La Etapa de cobertura inicial	145
SECCIÓN 6	Etapa de cobertura de gastos médicos mayores.....	148
SECCIÓN 7	Lo que paga por las vacunas de la Parte D.....	148

CAPÍTULO 7: Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos 151

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos	151
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	154
SECCIÓN 3	Evaluremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	155

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 156

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan.....	156
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....	173

Índice

CAPÍTULO 9: Qué debe hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	175
SECCIÓN 1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud175
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada175
SECCIÓN 3	¿Qué proceso utilizar para su problema?176
SECCIÓN 4	Una guía para las decisiones de cobertura y apelaciones177
SECCIÓN 5	Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación181
SECCIÓN 6	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación190
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto200
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto206
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5.....211
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....214
CAPÍTULO 10: Finalización de la membresía en nuestro plan.....	218
SECCIÓN 1	Cómo cancelar su membresía en nuestro plan218
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?218
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?219
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan220
SECCIÓN 5	Provider Partners Health Plans debe finalizar nuestra membresía del plan en determinadas situaciones220
CAPÍTULO 11: Avisos legales	223
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes223
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....223
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación como pagador secundario de Medicare224
SECCIÓN 4	Derechos de responsabilidad civil ante terceros y subrogación224
SECCIÓN 5	Aviso sobre recuperación del sobrepago.....225
SECCIÓN 6	Información farmacéutica225
CAPÍTULO 12: Definiciones.....	226

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Provider Partners Health Plans

Sección 1.1 Está inscrito en Provider Partners Health Plans, que es un Plan Medicare Advantage especializado (Plan para Personas con Necesidades Especiales)

Usted está cubierto por Medicare y eligió recibir su cobertura médica y medicamentos de Medicare a través de Provider Partners Health Plans.

Provider Partners Health Plans es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Provider Partners Health Plans es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan para Personas con Necesidades Especiales de Medicare Advantage). Esto significa que los beneficios están diseñados para las personas con necesidades de cuidado médico especiales. Provider Partners Health Plans está diseñado específicamente para las personas que viven en una institución (como un asilo de convalecencia) o viven en la comunidad, pero que 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 atención. Como miembro de nuestro plan, usted obtiene beneficios especialmente diseñados y todo su servicio de cuidado estará coordinado por medio de nuestro plan.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Provider Partners Health Plans cubre su cuidado. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en Provider Partners Health Plans entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Provider Partners Health Plans después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar a Provider Partners Health Plans cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo nuestro plan y si Medicare renueva la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de participación para el plan

Sección 2.1 Requisitos de participación

Usted cumple los requisitos para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área de servicio geográfica (se describe en la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.
- Si es ciudadano de los Estados Unidos o está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Cumple con los requisitos especiales de participación que se describen a continuación.

Requisitos especiales de participación para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades especializadas de las personas que necesitan un nivel de cuidado que se brinda, generalmente, en un asilo de convalecencia o centro de cuidados a largo plazo.

Para ser elegible para nuestro plan, debe vivir en un dentro de un asilo de convalecencia disponible a través de nuestro plan. Visite el *Directorio de proveedores* del plan www.pphealthplan.com/directory-search/ para obtener una lista de nuestros asilos de convalecencia o llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pídanos que le enviemos una lista.

Nota: Si deja de calificar para nuestro plan, pero se puede prever razonablemente que vuelva a cumplir los requisitos en un plazo de 1 mes, seguirá cumpliendo los requisitos para ser miembro. Capítulo 4, Sección 2.1 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período que se considera un período en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de participación.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 2.2 Área de servicio de Provider Partners Health Plans

Provider Partners Health Plans está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en **Illinois (IL)**: Cook, DuPage, Kane, Lake, McHenry, Ogle, Will y Winnebago.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en **Indiana (IN)**: Allen, Boone, Brown, Cass, Clark, Daviess, Decatur, DeKalb, Delaware, Dubois, Elkhart, Fayette, Floyd, Gibson, Hamilton, Hancock, Hendricks, Henry, Howard, Jackson, Jefferson, Johnson, Kosciusko, LaPorte, Lawrence, Madison, Marion, Marshall, Miami, Monroe, Montgomery, Morgan, Noble, Orange, Pike, Porter, Putnam, Randolph, Scott, Shelby, St. Joseph, Tippecanoe, Vanderburgh, Wabash, Warrick, Washington, Wells, White y Whitley.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en **Kentucky (KY)**: Breckinridge, Bullitt, Henry, Jefferson, Nelson, Oldham, Robertson, Shelby, Spencer, Trimble y Washington.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en **Maryland (MD)**: Allegany, Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Caroline, Carroll, Dorchester, Frederick, Garrett, Harford, Howard, Kent, Queen Anne's, Somerset, Talbot, Washington, Wicomico y Worcester.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en **Missouri (MO)**: Audrain, Barry, Boone, Butler, Caldwell, Callaway, Camden, Cape Girardeau, Carroll, Cedar, Chariton, Christian, Clay, Clinton, Cole, Crawford, Dade, Dallas, DeKalb, Dent, Douglas, Franklin, Greene, Henry, Hickory, Howard, Iron, 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, Texas, Vernon, Warren, Washington, Webster y Wright.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en **North Carolina (NC)**: Cabarrus, Catawba, Davidson, Davie, Forsyth, Gaston, Guilford, Lincoln, Mecklenburg, Mitchell, New Hanover, Pender, Union y Wilkes.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en **Pennsylvania (PA)**: Allegheny, Armstrong, Beaver, Bucks, Butler, Cambria, Chester, Crawford, Delaware, Fayette, Greene, Lancaster, Lawrence, Mercer, Montgomery, Philadelphia, Somerset y Westmoreland.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en **Texas (TX)**: Anderson, Angelina, Bandera, Bexar, Brazos, Brown, Burleson, Burnet, Caldwell, Cass, Chambers, Cherokee, Collin, Comanche, Concho, Cooke, Crane, Dallas, Delta, Denton, Ector, El Paso, Falls, Fannin,

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Fort Bend, Freestone, Garza, Goliad, Gregg, Grimes, Guadalupe, Hamilton, Hardin, Harris, Harrison, Henderson, Hood, Hopkins, Howard, Hutchinson, Jasper, Jefferson, Jim Wells, Karnes, Kaufman, Lavaca, Limestone, Lubbock, Madison, Maverick, McLennan, Medina, Midland, Milam, Moore, Nacogdoches, Navarro, Orange, Palo Pinto, Parker, Potter, Randall, Red River, Refugio, Robertson, Rockwall, Runnels, San Saba, Shelby, Smith, Somervell, Tarrant, Titus, Tom Green, Trinity, Tyler, Upshur, Uvalde, Van Zandt, Victoria, Waller, Washington, Williamson, Wise y Young.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede ser miembro. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nuevo sitio.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame a Servicio al cliente al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Para ser miembro de un plan de salud de Medicare, debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Provider Partners Health Plans si no cumple los requisitos para seguir siendo miembro de nuestro plan por este motivo. Provider Partners Health Plans deberá cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros

Sección 3.1 Tarjeta de miembro de nuestro plan

Use su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si tiene una. Tarjeta de miembro del plan de muestra:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

<p>Provider Partners Illinois Advantage Plan (HMO I-SNP)</p> <p>TOLL-FREE 1-800-405-9681 (TTY 711)</p> <p>HEALTH PLAN (80840) MEMBER ID: CH3000007 MEMBER: Test8 Test7</p> <p>RxBIN: 610011 RxPCN: CTRXMEDD RxGRP: PVHMEDD</p> <p>Provider Partners Health Plans</p> <p>MedicareRx Prescription Drug Coverage</p> <p>CMS H3800 001</p>	<p>ENROLLEE INFORMATION Member Services: 1-800-405-9681 (TTY 711) Prescription Drug Member Services: 1-855-205-4428 (TTY 711) In emergency, call 911 or go to the nearest emergency room.</p> <p>IMPORTANT PROVIDER INFORMATION www.pphealthplan.com</p> <p>Provider Services: 1-855-969-5907 Pharmacists: 1-844-368-8732 Contracted and non-contracted providers may send claims to:</p> <p>Medical: Provider Partners Health Plans PO Box 21063, Eagan, MN 55121 EDI# 31401</p> <p>Pharmacy: Optum Rx PO Box 650287 Dallas, TX 75265</p>
<p>Provider Partners Indiana Advantage Plan (HMO I-SNP)</p> <p>TOLL-FREE 1-800-405-9681 (TTY 711)</p> <p>HEALTH PLAN (80840) MEMBER ID: IN000003 MEMBER: Test6 Test5</p> <p>RxBIN: 610011 RxPCN: CTRXMEDD RxGRP: PVHMEDD</p> <p>Provider Partners Health Plans</p> <p>MedicareRx Prescription Drug Coverage</p> <p>CMS H4444 001</p>	<p>ENROLLEE INFORMATION Member Services: 1-800-405-9681 (TTY 711) Prescription Drug Member Services: 1-855-205-4428 (TTY 711) In emergency, call 911 or go to the nearest emergency room.</p> <p>IMPORTANT PROVIDER INFORMATION www.pphealthplan.com</p> <p>Provider Services: 1-855-969-5907 Pharmacists: 1-844-368-8732 Contracted and non-contracted providers may send claims to:</p> <p>Medical: Provider Partners Health Plans PO Box 21063, Eagan, MN 55121 EDI# 31407</p> <p>Pharmacy: Optum Rx PO Box 650287 Dallas, TX 75265</p>
<p>Provider Partners Kentucky Advantage Plan (HMO I-SNP)</p> <p>TOLL-FREE 1-800-405-9681 (TTY 711)</p> <p>HEALTH PLAN (80840) MEMBER ID: MD3000007 MEMBER: Test6 S Test5</p> <p>RxBIN: 610011 RxPCN: CTRXMEDD RxGRP: PVHMEDD</p> <p>Provider Partners Health Plans</p> <p>MedicareRx Prescription Drug Coverage</p> <p>CMS H7275 001</p>	<p>ENROLLEE INFORMATION Member Services: 1-800-405-9681 (TTY 711) Prescription Drug Member Services: 1-855-205-4428 (TTY 711) In emergency, call 911 or go to the nearest emergency room.</p> <p>IMPORTANT PROVIDER INFORMATION www.pphealthplan.com</p> <p>Provider Services: 1-855-969-5907 Pharmacists: 1-844-368-8732 Contracted and non-contracted providers may send claims to:</p> <p>Medical: Provider Partners Health Plans PO Box 21063, Eagan, MN 55121 EDI# XXXXX</p> <p>Pharmacy: Optum Rx PO Box 650287 Dallas, TX 75265</p>
<p>Provider Partners Maryland Advantage Plan (HMO I-SNP)</p> <p>TOLL-FREE 1-800-405-9681 (TTY 711)</p> <p>HEALTH PLAN (80840) MEMBER ID: MD3000007 MEMBER: Test6 S Test5</p> <p>RxBIN: 610011 RxPCN: CTRXMEDD RxGRP: PVHMEDD</p> <p>Provider Partners Health Plans</p> <p>MedicareRx Prescription Drug Coverage</p> <p>CMS H8067 001</p>	<p>ENROLLEE INFORMATION Member Services: 1-800-405-9681 (TTY 711) Prescription Drug Member Services: 1-855-205-4428 (TTY 711) In emergency, call 911 or go to the nearest emergency room.</p> <p>IMPORTANT PROVIDER INFORMATION www.pphealthplan.com</p> <p>Provider Services: 1-855-969-5907 Pharmacists: 1-844-368-8732 Contracted and non-contracted providers may send claims to:</p> <p>Medical: Provider Partners Health Plans PO Box 21063, Eagan, MN 55121 EDI# 31118</p> <p>Pharmacy: Optum Rx PO Box 650287 Dallas, TX 75265</p>

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

<p>Provider Partners Missouri Advantage Plan (HMO I- SNP)</p> <p>TOLL-FREE 1-800-405-9681 (TTY 711)</p> <p>HEALTH PLAN (80840) MEMBER ID: MO3008105 MEMBER: Test6 S Test5</p> <p>Provider Partners Health Plans</p> <p>MedicareRx Prescription Drug Coverage</p> <p>CMS H9191 001</p>	<p>ENROLLEE INFORMATION Member Services: 1-800-405-9681 (TTY 711) Prescription Drug Member Services: 1-855-205-4428 (TTY 711) In emergency, call 911 or go to the nearest emergency room.</p> <p>IMPORTANT PROVIDER INFORMATION www.pphealthplan.com Provider Services: 1-855-969-5907 Pharmacists: 1-844-368-8732 Contracted and non-contracted providers may send claims to:</p> <table border="0"> <tr> <td>Medical: Provider Partners Health Plans PO Box 21063, Eagan, MN 55121 EDI# 31404</td> <td>Pharmacy: Optum Rx PO Box 650287 Dallas, TX 75265</td> </tr> </table>	Medical: Provider Partners Health Plans PO Box 21063, Eagan, MN 55121 EDI# 31404	Pharmacy: Optum Rx PO Box 650287 Dallas, TX 75265
Medical: Provider Partners Health Plans PO Box 21063, Eagan, MN 55121 EDI# 31404	Pharmacy: Optum Rx PO Box 650287 Dallas, TX 75265		
<p>Provider Partners North Carolina Advantage Plan (HMO I-SNP)</p> <p>TOLL-FREE 1-800-405-9681 (TTY 711)</p> <p>HEALTH PLAN (80840) MEMBER ID: NC000005 MEMBER: Test8 Test7</p> <p>Provider Partners Health Plans</p> <p>MedicareRx Prescription Drug Coverage</p> <p>CMS H4439 001</p>	<p>ENROLLEE INFORMATION Member Services: 1-800-405-9681 (TTY 711) Prescription Drug Member Services: 1-855-205-4428 (TTY 711) In emergency, call 911 or go to the nearest emergency room.</p> <p>IMPORTANT PROVIDER INFORMATION www.pphealthplan.com Provider Services: 1-855-969-5907 Pharmacists: 1-844-368-8732 Contracted non-contracted providers may send claims to:</p> <table border="0"> <tr> <td>Medical: Provider Partners Health Plans PO Box 21063 Eagan, MN 55121 EDI# 31406</td> <td>Pharmacy: Optum Rx PO Box 650287 Dallas, TX 75265</td> </tr> </table>	Medical: Provider Partners Health Plans PO Box 21063 Eagan, MN 55121 EDI# 31406	Pharmacy: Optum Rx PO Box 650287 Dallas, TX 75265
Medical: Provider Partners Health Plans PO Box 21063 Eagan, MN 55121 EDI# 31406	Pharmacy: Optum Rx PO Box 650287 Dallas, TX 75265		
<p>Provider Partners Pennsylvania Advantage Plan (HMO I-SNP)</p> <p>TOLL-FREE 1-800-405-9681 (TTY 711)</p> <p>HEALTH PLAN (80840) MEMBER ID: PA300007 MEMBER: Test6 S Test5</p> <p>Provider Partners Health Plans</p> <p>MedicareRx Prescription Drug Coverage</p> <p>CMS H4093 001</p>	<p>ENROLLEE INFORMATION Member Services: 1-800-405-9681 (TTY 711) Prescription Drug Member Services: 1-855-205-4428 (TTY 711) In emergency, call 911 or go to the nearest emergency room.</p> <p>IMPORTANT PROVIDER INFORMATION www.pphealthplan.com Provider Services: 1-855-969-5907 Pharmacists: 1-844-368-8732 Contracted and non-contracted providers may send claims to:</p> <table border="0"> <tr> <td>Medical: Provider Partners Health Plans PO Box 21063, Eagan, MN 55121 EDI# 31400</td> <td>Pharmacy: Optum Rx PO Box 650287 Dallas, TX 75265</td> </tr> </table>	Medical: Provider Partners Health Plans PO Box 21063, Eagan, MN 55121 EDI# 31400	Pharmacy: Optum Rx PO Box 650287 Dallas, TX 75265
Medical: Provider Partners Health Plans PO Box 21063, Eagan, MN 55121 EDI# 31400	Pharmacy: Optum Rx PO Box 650287 Dallas, TX 75265		
<p>Provider Partners Texas Advantage Plan (HMO I-SNP)</p> <p>TOLL-FREE 1-800-405-9681 (TTY 711)</p> <p>HEALTH PLAN (80840) MEMBER ID: PT3008956 MEMBER: Test6 T TEST5</p> <p>Provider Partners Health Plans</p> <p>MedicareRx Prescription Drug Coverage</p> <p>CMS H4054 001</p>	<p>ENROLLEE INFORMATION Member Services: 1-800-405-9681 (TTY 711) Prescription Drug Member Services: 1-855-205-4428 (TTY 711) In emergency, call 911 or go to the nearest emergency room.</p> <p>IMPORTANT PROVIDER INFORMATION www.pphealthplan.com Provider Services: 1-855-969-5907 Pharmacists: 1-844-368-8732 Contracted and non-contracted providers may send claims to:</p> <table border="0"> <tr> <td>Medical: Provider Partners Health Plans PO Box 21063, Eagan, MN 55121 EDI# 31405</td> <td>Pharmacy: Optum Rx PO Box 650287 Dallas, TX 75265</td> </tr> </table>	Medical: Provider Partners Health Plans PO Box 21063, Eagan, MN 55121 EDI# 31405	Pharmacy: Optum Rx PO Box 650287 Dallas, TX 75265
Medical: Provider Partners Health Plans PO Box 21063, Eagan, MN 55121 EDI# 31405	Pharmacy: Optum Rx PO Box 650287 Dallas, TX 75265		

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) inmediatamente y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* www.pphealthplan.com/directory-search enumera los proveedores de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero actuales.

Los proveedores de la red son los médicos y demás profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de cuidado médico que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

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 en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área de servicio y los casos en los que Provider Partners Health Plans autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impresa) a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los directorios de proveedores impresos solicitados se enviarán por correo postal dentro de los 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

En el *Directorio de farmacias* www.pphealthplan.com/participating-pharmacies/ se enumeran nuestras farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son las farmacias que aceptan surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.pphealthplan.com.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también llamada lista de medicamentos o formulario). Le indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos de acuerdo con el beneficio de la Parte D incluido en Provider Partners Health Plans. Nuestro plan, con la colaboración de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La Lista de medicamentos debe cumplir los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Provider Partners Health Plans.

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de un medicamento.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan <http://pphealthplan.com/pharmacyresources> o llamar a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Provider Partners Health Plans

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que este importe. Consulte la Sección 4.1 para obtener información detallada.	IL: \$15.20 IN: \$38.40 KY: \$38.40 MD: \$31.20 MO: \$43.00 NC: \$36.20 PA: \$32.70 TX: \$4.80
Deducible	\$283 excepto para insulina suministrada con un dispositivo de equipo médico duradero.
Gasto máximo de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Para obtener información detallada, consulte la Sección 1.4 del Capítulo 4).	\$9,250
Visitas al consultorio de un médico de cuidado primario	20 % del costo total por consulta
Visitas al consultorio de un especialista	20 % del costo total por consulta

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

	Sus costos en 2026
Hospitalizaciones	<p>Deducible de \$1,736 por cada período de beneficios de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados.</p> <p>Días 1-60: \$0 por cada día después de pagar su deducible.</p> <p>Días 61-90: \$434 cada día.</p> <p>Días 91-150: \$868 cada día mientras usa sus 60 días de reserva de por vida.</p> <p>Después del día 150: Usted paga todos los costos.</p> <p>Después de los días de reserva: Usted paga todos los costos.</p>
Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D (Para obtener información detallada, consulte la Sección 4 del Capítulo 6).	\$615 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener información detallada, incluidas las etapas de deducible anual, cobertura inicial y cobertura de gastos médicos mayores).	<p>Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de medicamentos: 25 % del costo total</p> <p>Usted paga \$35 por suministro por cada mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Etapas de cobertura de gastos médicos mayores:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.</p>

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Importe del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. La siguiente tabla muestra el importe de la prima del plan mensual para cada plan que ofrecemos en el área de servicio.

Illinois (IL):	\$15.20
Indiana (IN):	\$38.40
Kentucky (KY):	\$38.40
Maryland (MD):	\$31.20
Missouri (MO):	\$43.00
North Carolina (NC):	\$36.20
Pennsylvania (PA):	\$32.70
Texas (TX):	\$4.80

Si ya se inscribió y recibe ayuda de algunos de estos programas, **la información sobre las primas en esta Evidencia de Cobertura podría no afectarle a usted.** Le enviamos un documento por separado, llamado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben la Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta* (también llamada *Cláusula adicional del plan de Subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS*), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Puede esperar recibir este folleto antes del 30 de septiembre de 2025. Si no tiene este folleto, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y pida la *Cláusula Adicional LIS*.

En algunos casos, la prima de nuestro plan podría ser menor

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de Ayuda Adicional y el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos. O El programa Ayuda Adicional ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Obtenga más información sobre estos programas en la Sección 7 del Capítulo 2. Si reúne los requisitos, la inscripción en uno de estos programas podría reducir su prima mensual del plan.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del folleto *Medicare y Usted 2026*, la sección titulada *Costos de Medicare de 2026*. Descargue una copia del sitio web

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-y-usted) o solicite una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare**

Además de pagar la prima mensual del plan, **debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.** Esto incluye su prima para la Parte B. También puede pagar una prima por la Parte A si no cumple los requisitos para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de finalizado su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. La cobertura para medicamentos acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en Provider Partners Health Plans, le informamos el importe de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos.
- Ha estado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA). Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por carta o puede estar incluida en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- **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:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos no constituyen cobertura de medicamentos con receta acreditable.

Medicare determina el importe de la multa por inscripción tardía en la Parte D. 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 que no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el importe de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare del año anterior en el país (la prima nacional básica del beneficiario). Para 2026, el importe promedio de la prima es de \$38.99. Este importe puede cambiar para 2026.
- 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 14 % multiplicado por \$38.99, que es igual a \$5.46. Esto se redondea a \$5.50. Este importe se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por la multa por inscripción tardía de la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año**, ya que la prima nacional básica del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si es *menor* de 65 y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **en un plazo no mayor de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

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

Sección 4.4 Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, denominado el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount), de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este importe es superior a cierta cantidad, pagará la prima estándar y el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) adicional. Para obtener más información sobre el importe adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si debe pagar el cargo adicional del Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA), el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese importe adicional. Dicho monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre la prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el importe de su cheque de beneficios no cubre el importe adicional, recibirá una factura de Medicare.

Deberá pagar el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

Si no está de acuerdo con pagar el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, cada mes pagará la prima del plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar la farmacia). Su factura mensual se basa en

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

lo que adeude por cualquier medicamento con receta que obtenga, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes en el año.

En el Capítulo 2, Sección 7 encontrará más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el importe facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Cómo pagar la prima de nuestro plan

Puede pagar la prima mensual de nuestro plan de las siguientes 3 maneras.

Opción 1: Pagar con cheque

Puede pagar su prima 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. Puede enviar su cheque de pago a:

Provider Partners Health Plans
8820 Columbia 100 Parkway
Suite 430
Columbia, MD 21045

No haga su cheque pagadero a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Debe enviar el pago de la prima a:

Provider Partners Health Plans
8820 Columbia 100 Parkway
Suite 430
Columbia, MD 21045

Los pagos enviados por correo a una dirección diferente de Provider Partners Health Plans retrasarán el procesamiento del pago.

Opción 2: Transferencia Electrónica de Fondos

También puede pagar su prima haciendo que el plan debite directamente el pago de su prima de manera automática de su cuenta corriente o de ahorros cada mes. Los pagos se deducirán aproximadamente el día 25 de cada mes. Se debe firmar una autorización para que los pagos se deduzcan automáticamente.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Opción 3: Hacer que el pago de la prima del plan se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social

Puede solicitar que se descuenta la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan de esta manera. Con gusto le ayudaremos a gestionarlo. La Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) solo descuenta las primas del plan inferiores a \$300.

Cambiar la forma en que paga la prima de su plan

Si decide cambiar el método de pago de la prima de su plan, el cambio puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicio al Cliente.

Si tiene problemas para pagar la prima de su plan

Debemos recibir el pago de la prima del plan en nuestra oficina el último día del mes cubierto a más tardar. Si tiene pendiente de pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, debe pagar la multa para poder mantener su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos referirle a programas que le ayuden con sus costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó su prima, tendrá cobertura de salud bajo Medicare Original. Es posible que no pueda obtener cobertura de medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el Período de Inscripción Abierta. (Si no tiene cobertura de medicamentos válida durante más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que aún deba pagarnos primas que no haya pagado. Tenemos derecho a iniciar el cobro de la cantidad que deba. Si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (o en otro plan que ofrecemos) en el futuro, deberá pagar el importe que adeuda antes de poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su membresía injustamente, puede presentar una queja (también llamada queja formal). Si tuvo una circunstancia de emergencia fuera de su control que le impidió pagar su prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

queja. En el caso de las quejas, volveremos a revisar nuestra decisión. El Capítulo 9 le indica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 1-800-405-9681 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su queja a más tardar 60 días calendario después de la fecha en que se cancela su membresía.

Sección 5.2 Nuestra prima del plan mensual no cambiará durante el año

No se nos permite cambiar el importe de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Si usted se vuelve a cumplir los requisitos para Ayuda Adicional o deja de calificar para Ayuda Adicional durante el año, la parte de la prima de nuestro plan que debe pagar puede cambiar. Si cumple los requisitos para Ayuda Adicional con los costos de su cobertura de medicamentos, Ayuda Adicional paga parte de la prima mensual de su plan. Si deja de calificar para Ayuda Adicional durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual completa del plan. Obtenga más información sobre Ayuda Adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado nuestro registro de membresía del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan, incluido su proveedor de cuidado primario/IPA.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y su costo compartido**. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Infórmenos de estos cambios, si los hay:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación laboral o Medicaid).
- Si tiene reclamos por responsabilidad civil, como reclamos debido a un accidente de tránsito
- Si ha sido ingresado en un asilo de convalecencia
- Si recibe cuidado en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de servicio o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (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 al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

También es importante que se comuniquen con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame a Servicio al cliente al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de los Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que indique cualquier otra cobertura médica o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que sus otros aseguradores le pidan el número de identificación de miembro nuestro plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud de grupo del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primera instancia. El seguro que paga primero se denomina pagador primario y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a enfermedad renal en etapa terminal, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted cumpla los requisitos para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico).
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Compensación laboral.

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes.

SECCIÓN 1 Provider Partners Health Plans contactos

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicio al Cliente de Provider Partners Health Plans al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Con gusto le ayudaremos.

Servicio al Cliente: información de contacto

Llame al	1-800-405-9681 Las llamadas a este número son gratuitas. El 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 lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de abril al 30 de septiembre. Servicio al Cliente, al 1-800-405-9681, (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas al día, 7 días a la semana.
Fax	1-888-918-2989
Escriba a	Provider Partners Health Plans PO Box 21063 Eagan, MN 55121
Sitio web	www.pphealthplan.com

Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre su cuidado médico

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al importe que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su cuidado médico o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Decisiones de cobertura y apelaciones relacionadas con el cuidado médico: información de contacto**

Llame al	1-800-405-9681 Las llamadas a este número son gratuitas. El 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 lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas al día, 7 días a la semana.
Fax	1-888-918-2989
Escriba a	Provider Partners Health Plans PO Box 21063 Eagan, MN 55121
Sitio web	www.pphealthplan.com

Decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos de la Parte D: información de contacto

Llame al	1-855-205-4428 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas al día, 7 días a la semana.
Fax	1-844-403-1028
Escriba a	OptumRx Prior Authorization and Appeals PO Box 2975 Mission, KS 66201

Cómo presentar una queja sobre su cuidado médico

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores o farmacias de nuestra red, incluso respecto de la calidad de su cuidado. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado médico, consulte el Capítulo 9.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Quejas sobre el cuidado médico : información de contacto**

Llame al	1-800-405-9681 Las llamadas a este número son gratuitas. El 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 lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas al día, 7 días a la semana.
Fax	1-888-918-2989
Escriba a	Provider Partners Health Plans PO Box 21063 Eagan, MN 55121
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Provider Partners Health Plans directamente a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto

Llame al	1-855-205-4428 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas al día, 7 días a la semana.
Escriba a	OptumRx 6860 W. 115th St. Overland Park, KS 66211
Sitio web de Medicare	Para enviar una queja sobre OptumRx directamente ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo del cuidado médico o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar nosotros, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago para cuidado médico : información de contacto

Llame al	1-800-405-9681 Las llamadas a este número son gratuitas. El 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 lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas al día, 7 días a la semana.
Fax	1-888-918-2989
Escriba a	Provider Partners Health Plans PO Box 21063 Eagan, MN 55121
Sitio web	www.pphealthplan.com

Solicitudes de pago para la Parte D: información de contacto

Llame al	1-855-205-4428 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas al día, 7 días a la semana.
Escriba a	Optum RX Claims Department PO Box 650287 Dallas, TX 75265-0287

SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

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

Medicare: información de contacto

Llame al	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
Chat en vivo	Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	<p>www.Medicare.gov</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan. • Busque médicos participantes de Medicare u otros proveedores y distribuidores de cuidado de la salud. • Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas o inyecciones y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la cuidado brindado por planes, asilos de convalecencia, hospitales, médicos, agencias de asistencia médica a domicilio, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidado a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. <p>También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Provider Partners Health Plans.</p> <p>Para enviar una queja a Medicare, consulte www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.</p>

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia con el seguro médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. Aquí hay una lista del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud en cada estado en el que prestamos servicios:

- En Illinois, el SHIP se denomina Programa de Seguro de Salud para Adultos Mayores (Senior Health Insurance Program).
- En Indiana, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program).
- En Kentucky, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program).
- En Maryland, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program).
- En Missouri, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program).
- En North Carolina, el SHIP se llama Programa de Información de Seguro de Salud Medicare y para Adultos Mayores (Medicare and Seniors' Health Insurance Information 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).
- En Texas, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Programa de Consejería, Defensa e Información sobre la Salud (Health Information, Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El programa SHIP específico de cada estado es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del SHIP específico de cada estado pueden ayudarle a entender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre su cuidado o tratamiento médico y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los SHIP también pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare, ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Programa de Seguro de Salud del Estado de Illinois (Illinois SHIP): información de contacto**

Llame al	1-800-252-8966
Escriba a	Illinois Department on Aging 555 W Monroe St., Suite 1500-S Chicago, IL 60661-3714
Sitio web	https://ilaging.illinois.gov/contactus.html

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud del Estado de Indiana (Indiana SHIP): información de contacto

Llame al	1-800-452-4800
Escriba a	Indiana Department of Insurance 311 West Washington Street 2nd Floor Indianapolis IN 46204
Sitio web	https://www.in.gov/ship/

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud del Estado de Kentucky (Kentucky SHIP): información de contacto

Llame al	1-877-293-7447 (Opción #2) o 502-564-6930
Escriba a	Kentucky State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 275 E. Main St. 3E-E Frankfort, KY 40601
Sitio web	https://www.chfs.ky.gov/agencies/dail/Pages/ship.aspx

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud del Estado de Maryland (Maryland SHIP): información de contacto

Llame al	410-767-1100
Escriba a	Maryland Department of Aging 36 S Charles Street, 12th Floor Baltimore, Maryland 21201
Sitio web	https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud del Estado de Missouri (SHIP de Missouri): información de contacto**

Llame al	1-800-390-3330
Escriba a	Missouri State Health Insurance Assistance Program 601 W Nifong Blvd, Suite 3A Columbia, MO 65203
Sitio web	https://www.missouriship.org/contact-us/

Medicare y Programa de Seguro de Salud para Adultos Mayores (SHIP) (SHIP de North Carolina): información de contacto

Llame al	1-855-408-1212
Escriba a	NC Department of Insurance 1201 Mail Service Center Raleigh, NC 27699
Sitio web	https://www.ncdoi.gov/consumers/medicare-and-seniors-health-insurance-information-program-shiip

PA MEDI – Perspectiva de Educación y Decisiones de Medicare de Pennsylvania (Pennsylvania SHIP): 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.pa.gov/agencies/aging/aging-programs-and-services/pa-medi-medicare-counseling

Programa de Consejería, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) (SHIP de Texas): información de contacto

Llame al	1-800-252-9240
Escriba a	Health Information, Counseling and Advocacy Program (HICAP) Texas Department of Insurance P.O. Box 12030 Austin, TX 78711-2030
Sitio web	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO)

Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada trabaja para las personas con Medicare en cada estado. Aquí hay una lista de las Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad en cada estado en el que prestamos servicios:

- Para Illinois, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Programa Commence Health BFCC-QIO.
- Para Indiana, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Programa Commence Health BFCC-QIO.
- Para Kentucky, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Programa Acentra Health BFCC-QIO.
- Para Maryland, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Programa Commence Health BFCC-QIO.
- Para Missouri, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Programa Commence Health BFCC-QIO.
- Para North Carolina, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Programa Acentra Health BFCC-QIO.
- Para Pennsylvania, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Programa Commence Health BFCC-QIO.
- Para Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Programa Acentra Health BFCC-QIO.

Las Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad estatales tienen un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud a quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado de las personas con Medicare. Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad estatales son organizaciones independientes. No tienen relación con nuestro plan.

Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad estatal en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad del cuidado que recibió. Algunos ejemplos de preocupaciones relacionadas con la calidad de la cuidado incluyen recibir la medicación equivocada, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de cuidado médico a domicilio, servicios en centros de cuidado de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Programa Commence Health BFCC – QIO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Illinois): información de contacto**

Llame al	1-888-524-9900 Lunes a viernes: De 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local) Sábados, domingos y festivos: De 10:00 a. m. a 4:00 p. m. (hora local) El servicio de buzón de voz está disponible las 24 horas.
TTY	711
Escriba a	Programa BFCC-QIO Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Sitio web	https://www.livantaqio.cms.gov/en/states/illinois

Programa Commence Health BFCC – QIO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Indiana): información de contacto

Llame al	1-888-524-9900 Lunes a viernes: De 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local) Sábados, domingos y festivos: De 10:00 a. m. a 4:00 p. m. (hora local) El servicio de buzón de voz está disponible las 24 horas..
TTY	711
Escriba a	Programa BFCC-QIO Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Sitio web	https://www.livantaqio.cms.gov/en/states/Indiana

Programa Acentra Health BFCC – QIO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Kentucky): información de contacto

Llame al	1-888-317-0751 Días de la semana: De 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y festivos de 10:00 a. m. a 4:00 p. m.
TTY	711
Escriba a	Acentra Health 1650 Summit Lake Dr. Suite 102 Tallahassee, FL 32317
Sitio web	https://www.acentraqio.com/bene/statepages/kentucky/

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Programa Commence Health BFCC – QIO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Maryland): información de contacto**

Llame al	1-888-396-4646 Lunes a viernes: De 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local) Sábados, domingos y festivos: De 10:00 a. m. a 4:00 p. m. (hora local) El servicio de buzón de voz está disponible las 24 horas.
TTY	711
Escriba a	Programa BFCC-QIO Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Sitio web	www.livantaqio.com/en/states/Maryland

Programa Commence Health BFCC – QIO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Missouri): información de contacto

Llame al	1-888-755-5580 Lunes a viernes: De 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local) Sábados, domingos y festivos: De 10:00 a. m. a 4:00 p. m. (hora local) El servicio de buzón de voz está disponible las 24 horas.
TTY	711
Escriba a	Programa BFCC-QIO Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Sitio web	www.livantaqio.com/en/states/Missouri

Programa Acentra Health BFCC – QIO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de North Carolina): información de contacto

Llame al	1-888-317-0751 Días de la semana: De 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y festivos de 10:00 a. m. a 4:00 p. m.
TTY	711
Escriba a	Acentra Health 1650 Summit Lake Dr. Suite 102 Tallahassee, FL 32317
Sitio web	https://www.acentraqio.com/

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Programa Commence Health BFCC – QIO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Pennsylvania): información de contacto**

Llame al	1-888-396-4646 Lunes a viernes: De 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local) Sábados, domingos y festivos: De 10:00 a. m. a 4:00 p. m. (hora local) El servicio de buzón de voz está disponible las 24 horas.
TTY	711
Escriba a	Programa BFCC-QIO Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Sitio web	www.livantaqio.com/en/states/pennsylvania

Programa Acentra Health BFCC – QIO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Texas): información de contacto

Llame al	1-888-315-0636 Días de la semana: De 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y festivos de 10:00 a. m. a 4:00 p. m.
TTY	711
Escriba a	Acentra Health 1650 Summit Lake Dr. Suite 102 Tallahassee, FL 32317
Sitio web	https://www.acentraqio.com/bene/statepages/texas/

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Seguro Social: información de contacto**

Llame al	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Utilice los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes.</p>
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también cumplen los requisitos para ser beneficiarios de Medicaid. Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como 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, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también cumplen los requisitos para beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también cumplen los requisitos para beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que califica (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Para obtener más información sobre Medicaid y los Programas de Ahorros de Medicare, comuníquese con la agencia de Medicaid específica de su estado.

Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios para la Familia de Illinois (programa de Medicaid de Illinois): información de contacto

Llame al	1-800-843-6154 Línea de atención al cliente: de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes, excepto festivos estatales.
TTY	1-866-324-5553 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	401 South Clinton Street, 7th floor Chicago, Illinois 60607
Sitio web	https://hfs.illinois.gov/medicalclients/medicaidguide.html

Programa de Cobertura de Salud de Indiana (programa de Medicaid de Indiana): información de contacto

Llame al	1-800-457-4584 Horario de atención: De 8:00 a. m. a 6:00 p. m. De lunes a viernes, excepto festivos estatales.
Escriba a	Indiana Health Coverage Program P.O. Box 7263 Indianapolis, IN 46207
Sitio web	https://www.in.gov/medicaid/members/

Gabinete de Salud y Servicios Familiares (programa de Medicaid de Kentucky): información de contacto

Llame al	1-800-635-2570
Escriba a	Cabinet for Health and Family Services 275 E. Main St. 6EC Frankfort, KY 40621
Sitio web	https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/default.aspx

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Maryland Medicaid Association (programa de Medicaid de Maryland): información de contacto**

Llame al	Llamada gratuita: 1-877-463-3464 o local 410-767-6500 De 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/mmcp/Pages/home.aspx

MO HealthNet (programa de Medicaid de Missouri): información de contacto

Llame al	1-855-373-4636 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-800-735-2966 o 711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Family Support Division P.O. Box 2700 Jefferson City, MO 65102
Sitio web	https://mydss.mo.gov/healthcare

División de Beneficios de Salud de Medicaid de NC (programa de Medicaid de North Carolina): información de contacto

Llame al	1-888-245-0179 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Cerrado los días festivos estatales.
TTY	1-800-735-2962 o 711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	NC Medicaid, Division of Health Benefits 2501 Mail Service Center Raleigh, NC 27699
Sitio web	https://medicaid.ncdhhs.gov/about-nc-medicaid

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Health Choices (programa de Medicaid de Pennsylvania): información de contacto**

Llame al	1-877-395-8930 o 215-560-7226 (Philadelphia)
Escriba a	Office of Medical Assistance Programs Health and Human Services Building 625 Forster Street Ste 515, Harrisburg, PA 17110
Sitio web	https://www.pa.gov/agencies/dhs/resources/medicaid

Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (programa de Medicaid de Texas): información de contacto

Llame al	2-1-1 o 1-877-541-7905. Después de elegir un idioma, presione 2.
TTY	711 o 512-424-6597 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Texas Health and Human Services Commission P.O. Box 13247 Austin, TX 78711
Sitio web	https://yourtexasbenefits.com/Learn/Home

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre formas de reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Programa Ayuda Adicional de Medicare.

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda Adicional que puede ayudar a pagar los costos de medicamentos a personas con ingresos y recursos limitados. Si cumple los requisitos, obtendrá ayuda para pagar su prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos. La Ayuda adicional también cuenta para los gastos de su bolsillo.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Si usted califica automáticamente para Ayuda Adicional, Medicare le enviará una carta de color púrpura. Si no califica automáticamente, puede enviar una solicitud en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional:

- Visite <https://secure.ssa.gov/i1020/start> para presentar la solicitud en línea
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicita Ayuda Adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted les indique lo contrario en la solicitud de Ayuda Adicional.

Si califica para Ayuda Adicional y cree que está pagando una cantidad incorrecta por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener evidencia del importe del copago correcto. Si ya tiene evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Usted o su farmacéutico deben comunicarse con Servicio al Cliente lo antes posible (los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la contraportada de esta guía). Infórmele a nuestro representante de Servicio al cliente que cree que pagó una cantidad incorrecta por sus medicamentos con receta. Nuestro representante de Servicio al cliente revisará con usted una lista de documentos aceptables que pueden ayudarlo a confirmar que ha calificado para la Ayuda Adicional. Si tiene alguno de estos documentos, se le pedirá que envíe por fax una copia del documento a nuestra cuidada al número de fax que se proporciona a continuación. Si no tiene una máquina de fax, se le pedirá que envíe una copia por correo al Plan a la dirección que figura a continuación.

Provider Partners Health Plans
Attention: Enrollment – Best Available Evidence
PO Box 21063
Eagan, MN 55121
Fax: 1-844-593-6221

Cualquiera de los siguientes elementos puede ser un ejemplo de evidencia:

- Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre y una fecha de elegibilidad durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Una copia del documento estatal que confirma el estado activo de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

- Una copia impresa del archivo de inscripción electrónica del estado que muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
- Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
- Otra documentación proporcionada por el estado que muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
- Para las personas que no cumplen los requisitos, pero que solicitan y se determina que cumplen los requisitos para LIS, una copia de la carta de adjudicación de la SSA
- Si está institucionalizado y califica para cero costos compartidos
- Una remisión del centro que muestre el pago de Medicaid por un mes calendario completo para esa persona durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en su nombre al centro por un año calendario completo
- Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre su estado institucional basado en al menos una estadía de un mes calendario completo para fines de pago de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior
- Los documentos de CMS y SSA adicionales que respaldan el nivel de costo compartido de LIS de un beneficiario se pueden encontrar en el Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes
 - Aviso de consideración – pub. n.º 11166 (aviso morado)
 - Aviso de inscripción automática – pub. n.º 11154 (aviso amarillo)
 - Aviso completo facilitado – pub. n.º 11186 (aviso verde)
 - Aviso parcial facilitado – pub. n.º 11191 (aviso verde)
 - Aviso de cambio de copago – pub. .º 11199 (aviso naranja)
 - Aviso de reasignación – pub. n.º 11208 y 11209
- Cuando tengamos la evidencia que demuestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar la cantidad correcta cuando obtenga su próximo medicamento con receta. Si paga de más su copago, se lo reembolsaremos, ya sea mediante cheque o un crédito para un copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ellos, podemos efectuar el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, es posible que paguemos directamente al estado. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda Adicional y cobertura del Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda para pagar medicamentos con receta, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

- En Indiana, el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos se llama HoosierRx.
- En Kentucky, el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos se llama Programa de Ayuda para Medicamentos con Receta (SPAP) de Kentucky.
- En Maryland, el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos se denomina Programa de Ayuda para Medicamentos con Receta para Mayores (Senior Prescription Drug Assistance Program, SDAP) y Programa para Enfermos Renales de Maryland.
- En North Carolina, el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos es NC MedAssist.
- En Pennsylvania, el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos se denomina Contrato de Ayuda para Medicamentos para Personas Mayores (Pharmaceutical Assistance Contract for the Elderly, PACE), Nivel de Mejora de las Necesidades PACE (PACE Needs Enhancement Tier, PACENET) y Programa Especial de Beneficios de Medicamentos (Special Pharmaceutical Benefits Program, SPBP) de la Oficina de Salud Mental del Departamento de Bienestar Público.
- En Texas, el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos se denomina Programa de Cuidado de la Salud del Riñón de Texas y Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos para el VIH de Texas (SPAP).

¿Qué ocurre si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?

El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP) ayuda a que las personas que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de los medicamentos con receta a través de la agencia estatal que se detalla a continuación:

- En Illinois, debe comunicarse con el Programa de Ayuda de Medicamentos de Illinois.
- En Indiana, debe comunicarse con el Departamento de Salud del Estado de Indiana, Oficina de VIH/ETS y Hepatitis Viral.
- En Kentucky, debe comunicarse con el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de Kentucky.
- En Maryland, debe comunicarse con el Programa de Ayuda de Medicamentos para el SIDA de Maryland.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

- 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 Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Salud Pública, Sección de Epidemiología, Oficina de Enfermedades Contagiosas.
- En Pennsylvania, debe comunicarse con el Departamento de Salud, Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales.
- En Texas, debe comunicarse con el Programa de Medicamentos para el VIH de Texas.

Nota: Para cumplir los requisitos para el ADAP en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, lo que incluye comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos (según lo establece el estado), y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese el número correspondiente a su estado:

- Para Illinois, comuníquese con ADAP llamando al 1-800-825-3518.
- Para Indiana, comuníquese con ADAP llamando al 1-866-588-4948.
- Para Kentucky, comuníquese con ADAP llamando al 1-866-510-0005.
- Para Maryland, comuníquese con ADAP llamando al 410-767-6535 o al 1-800-205-6308.
- Para Missouri, comuníquese con ADAP llamando al 1-888-252-8045.
- 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.
- Para Texas, comuníquese con ADAP llamando al 1-800-255-1090 o al 737-255-4300.

Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos

Muchos estados tienen Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

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

- En Indiana, el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos se llama HoosierRx.
- En Kentucky, el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos se llama Programa de Ayuda para Medicamentos con Receta (SPAP) de Kentucky.
- 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.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

- En North Carolina, el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos es NC MedAssist.
- En Pennsylvania, el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos es Contrato de Asistencia Farmacéutica para los Ancianos (PACE) y el Nivel de Mejora de las Necesidades de PACE (PACENET).
- En Texas, el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos se denomina Programa de Cuidado de la Salud del Riñón de Texas y Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos para el VIH de Texas (SPAP).

Hoosier Rx (Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos): información de contacto

Llame al	1-866-267-4679
Escriba a	HoosierRx 402 W. Washington St., Room 372 Indianapolis, IN 46204
Sitio web	https://www.in.gov/medicaid/members/member-programs/hoosierx/

Programa de Ayuda para Medicamentos con Receta de Kentucky: información de contacto

Llame al	1-800-633-8100 Local: 502-564-0655 Horario de atención: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del Este
Escriba a	275 East Main St. HS1W-D Frankfort, KY 40621
Sitio web	https://www.chfs.ky.gov/agencies/dph/dpqi/hcab/Pages/kpap.aspx

Programa de Ayuda para Medicamentos con Receta (SPDAP) de Maryland: información de contacto

Llame al	1-800-551-5995 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-800-877-5156 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Maryland SPDAP c/o International Software Systems Inc. PO Box 749 Greenbelt, Maryland 20768
Sitio web	http://marylandspdap.com/

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Programa de Enfermedad Renal (Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos de Maryland): información de contacto**

Llame al	410-767-5000
Escriba a	Kidney Disease Program of Maryland 201 West Preston Street RM SS-3 Baltimore, MD 21201
Sitio web	https://health.maryland.gov/pha/Pages/maryland-kidney-disease-program.aspx

North Carolina MedAssist (Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos 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 28208
Sitio web	https://medassist.org/free-pharmacy-program/

Contrato de Ayuda para Medicamentos para Personas Mayores (PACE) y Nivel de Mejora de las Necesidades PACE (PACENET) (Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos de Pennsylvania): información de contacto

Llame al	Llamada gratuita: 1-800-225-7223
TTY	1-800-222-9004 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	PACE / PACENET Program P.O. Box 8806 Harrisburg, PA 17105
Sitio web	www.aging.pa.gov/aging-services/prescriptions/Pages/default.aspx

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Texas THMP SPAP (Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos de Texas): información de contacto**

Llame al	Llamada gratuita: 1-800-255-1090 Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Escriba a	Texas HIV Medication Program Attn: MSJA, MC 1873 PO Box 149347 Austin, TX 78714
Sitio web	https://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/spap

Programa de Cuidado de la Salud del Riñón de Texas (Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos de Texas): información de contacto

Llame al	Llamada gratuita: 1-800-222-3986 Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Escriba a	Kidney Health Care Mail Code 1938 PO Box 149030 Austin, TX 78714
Sitio web	https://www.hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo por medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del **año calendario** (enero-diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ayudará a ahorrar dinero ni reducir sus costos de medicamentos. Si está participando en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y continúa en el mismo plan de la Parte D, se renovará su participación automáticamente para 2026.** Si desea más información sobre esta opción de pago, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite es.Medicare.gov.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare - Información de contacto**

Llame al	<p>1-800-405-9681</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El 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 lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de abril al 30 de septiembre.</p> <p>Servicio al cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas al día, 7 días a la semana.</p>
Fax	1-888-918-2989
Escriba a	<p>Provider Partners Health Plans</p> <p>2261 Market Street</p> <p>Suite 22538</p> <p>San Francisco, CA 94114</p>
Sitio web	https://pphealthplan.hlthcard.com/

SECCIÓN 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

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

Junta de Retiro Ferroviario (RRB): información de contacto

Llame al	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Presione “0” para hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) de 9 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m., los miércoles.</p>
-----------------	--

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

	Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) las 24 horas, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://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 de su grupo del empleador o grupo para jubilados (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, al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare en este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:

Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener cuidado médico como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener cuidado médico cubierta. Para obtener información detallada sobre qué cuidado médico cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe cuidado, consulte la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar cuidado y servicios médicos. 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 la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el importe de su costo compartido como pago completo. Acordamos con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por el cuidado que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la cuidado médico, los servicios de cuidado médico, los productos, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de cuidado médico se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para que su cuidado médico esté cubierto por nuestro plan

Como un plan de salud de Medicare, Provider Partners Health Plans debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las normas de cobertura de Medicare Original.

Provider Partners Health Plans cubrirá, por lo general, su cuidado médico, siempre y cuando:

- **El cuidado que recibe esté incluido en la tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **El cuidado que recibe se considere médicamente necesario.** Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted tenga un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) de la red que brinde y supervise su cuidado.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un proveedor de cuidado primario de la red (visite la Sección 2.1 para obtener más información).
 - En la mayoría de las situaciones, nuestro plan debe darle aprobación por adelantado (una referencia) antes de que pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de asistencia médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
 - No necesita referencias de su proveedor de cuidado primario para recibir Cuidado de Emergencia o servicios requeridos de urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de cuidado que puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir su cuidado de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que usted tiene que pagar al proveedor el total de los servicios que recibe. Existen tres excepciones:
 - Nuestro plan cubre los servicios de cuidado de emergencia o servicios requeridos de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué son los servicios de emergencia o servicios requeridos de urgencia, consulte la Sección 3.
 - Si necesita recibir cuidado médico que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede recibir el cuidado de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera cuidado de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que usted paga al plan por diálisis nunca puede exceder los costos compartidos en Medicare Original. Si está fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo

compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

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

¿Qué es un proveedor de cuidado primario y qué hace por usted?

Su PCP es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se asegura de que reciba la cuidado que necesita para mantenerse saludable. El papel del PCP es brindar cuidado preventivo, enseñar opciones de estilo de vida saludable, identificar y tratar afecciones médicas comunes, dirigirlo al mejor lugar para recibir cuidado médico y también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su cuidado y referirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de cuidado primario antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud. Los proveedores que pueden ejercer como proveedores de cuidado primario incluyen médicos especializados en medicina general, medicina familiar, medicina interna, geriatría, asistentes médicos y personal de enfermería especialista. Algunos servicios prestados por su proveedor de cuidado primario pueden requerir preautorización del plan. Es responsabilidad del proveedor de cuidado primario solicitar y obtener autorización cuando sea necesario.

¿Cómo elegir un PCP?

Usted selecciona un proveedor de cuidado primario usando el Directorio de Proveedores u obteniendo ayuda de Servicio al Cliente. En general, puede seleccionar un proveedor de cuidado primario en el momento de la inscripción indicando su selección de proveedor de cuidado primario en la solicitud de inscripción. Usted puede cambiar de proveedor de cuidado primario en cualquier momento.

Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario

Usted puede cambiar de proveedor de cuidado primario por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su proveedor de cuidado primario abandone la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que elegir uno nuevo. Puede cambiar de proveedor de cuidado primario llamando a Servicio al Cliente. Ellos pueden ayudarle a seleccionar un nuevo proveedor de cuidado primario. Debe esperar al menos 30 días para que entre en vigencia un cambio en la selección de proveedor de cuidado primario.

Sección 2.2 Cuidado médico que puede obtener sin una referencia de un proveedor de cuidado primario

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una preaprobación de su proveedor de cuidado primario.

- Cuidado de la salud de rutina para mujeres, incluidos exámenes de seno, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atienda con 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 proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios cubiertos por el plan que se necesitan con urgencia son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no son una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los exámenes médicos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

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

El especialista es un médico que brinda servicios de cuidado médico en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.
- El proveedor de cuidado primario tiene la responsabilidad principal de coordinar el cuidado médico general del miembro entre sus diversos proveedores de cuidado de la salud. El proveedor de cuidado primario trabaja en estrecha colaboración con el/la enfermera/o 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 con especialistas dentro de la red con una orden del proveedor de cuidado primario o la enfermera especialista.

- Para algunos servicios, es posible que su proveedor de cuidado primario deba obtener la preaprobación de nuestro plan (esto se denomina obtener “preautorización”).
- Los servicios cubiertos que requieren preautorización incluyen, entre otros, los siguientes:
 - 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 requieran cuidado de urgencia)
 - Todos los servicios de cirugía para pacientes hospitalizados y ambulatorios
 - Todos los servicios de agencias de asistencia médica a domicilio
 - Servicios de trasplante
 - Prótesis, algunos equipos médicos duraderos, oxígeno y suministros médicos
 - Todos los servicios proporcionados por proveedores fuera de la red.Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información adicional sobre qué servicios requieren preautorización.
- Los proveedores completan un formulario de solicitud de autorización proporcionado por el plan y se comunican con el Equipo de Administración de la Utilización por fax. Se alienta a los proveedores a hablar con el proveedor de cuidado primario o enfermera especialista del miembro para garantizar un plan de cuidado adecuado.
- Los criterios de Medicare, así como las pautas de cuidado médico, se utilizan al revisar las solicitudes de autorización. El director médico toma todas las decisiones médicas y de denegación fuera de la red y está disponible para consultas con profesionales de denegación tanto dentro como fuera de la red. El director médico también puede comunicarse con especialistas de la red para ayudar con la revisión por pares. Si se necesita información adicional, el personal de Provider Partners se comunicará con el proveedor solicitante para obtener dicha documentación.
- La selección de un proveedor de cuidado primario específico no limita a qué especialista u hospital le refiere ese proveedor (es decir, subred, círculos de referencia). Siempre que tenga una pregunta o inquietud con respecto a los requisitos de autorización de servicios cubiertos en virtud de este plan, comuníquese con Servicio al Cliente.

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

Es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja de participar en nuestro plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.

- Le enviaremos un aviso de que su proveedor dejará de estar nuestro plan para que tenga tiempo de elegir otro proveedor.
 - Si su proveedor de cuidado primario o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe cuidado de él o si lo visitó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir cuidado continuo.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo cuidado.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de planes.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, haremos lo que sea necesario para que reciba los beneficios cubiertos médicamente necesarios fuera de nuestra red de proveedores a un costo compartido dentro de la red. Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido dentro de la red. Se necesita autorización para todos los proveedores fuera de la red.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para administrar su cuidado.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja formal por la calidad del cuidado ante nuestro plan o ambos (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo puede obtener cuidado de proveedores fuera de la red

En determinadas circunstancias, los miembros pueden obtener servicios de proveedores fuera de la red. Los miembros que recientemente cumplen los requisitos y que están siguiendo un tratamiento existente bajo el cuidado de un proveedor fuera de la red en el momento en que califican pueden continuar obteniendo servicios de ese proveedor. Los proveedores fuera de la red cuyos miembros siguen un plan de tratamiento actual 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 se notifica al plan de salud que el miembro está bajo el cuidado de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe presentar una solicitud de autorización. Se debe proporcionar toda la información clínica de respaldo para corroborar la continuación de los servicios solicitados. Durante este tiempo, la cuidado existente no se interrumpirá hasta que se revise la información clínica para determinar si es médicamente necesaria y apropiada. En caso de que no haya un especialista de la red disponible para el miembro, se puede acceder a un proveedor fuera de la red a discreción del PCP.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de cuidado

Sección 3.1 Cómo puede obtener cuidado si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de cuidado médico inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

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

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la autorización o una referencia de su proveedor de cuidado primario. No es necesario utilizar un médico de la red. Usted puede obtener cuidado médico de emergencia cubierto cada vez que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forman parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento del cuidado de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su cuidado de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Comuníquese con Servicio al cliente al 1-800-405-9681. El 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.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan cuidado de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir cuidado de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba cuidado adicional. El plan cubre el cuidado de seguimiento.

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

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

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

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

- Acude a un proveedor de la red para obtener cuidado adicional, o
- El cuidado adicional que usted recibe se considera parte de servicios requeridos de urgencia y usted sigue las reglas para recibir este cuidado de urgencia.

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

Un servicio que requiere cuidado médico inmediato (pero no es una emergencia) es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dada su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los exámenes médicos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente..

Para obtener una lista de los centros de cuidado de urgencia en nuestra red, consulte nuestro Directorio de proveedores. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia o cualquier otro servicio que 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 declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir cuidado a través de nuestro plan.

www.pphealthplan.com para obtener información sobre cómo obtener el cuidado que necesita durante una catástrofe.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener cuidado médico de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red. Si, durante una catástrofe, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Si pagó más que el costo compartido de nuestro plan por servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

Provider Partners Health Plans cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El pago de los costos una vez que se haya alcanzado el límite de beneficios no contará para gastos de su bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de cuidado médico, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de

investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su cuidado (que no esté relacionado con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de los costos compartidos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

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. Los proveedores que le brindan cuidado como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de nuestro plan (esto no incluye los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de pruebas (NCDs-CED) y ensayos de exención de dispositivos de investigación (investigational device exemption, IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a preautorización y otras reglas del plan).

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos informe con antelación cuando decida participar en un estudio de investigación clínica calificado por Medicare.

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

Sección 5.2 ¿Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica?

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

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

Después de que Medicare pague su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos de Original Medicare y los costos compartidos dentro de la red suyos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo importe por los servicios que recibe como parte del estudio que el que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto costo compartido pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Ejemplo de costos compartidos en un ensayo clínico: Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos por este análisis es de \$20 con Medicare Original, pero el análisis costaría \$10 con nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el análisis, y usted pagaría los \$20 de copago requeridos por Medicare Original. Debería notificar a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviar documentación (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente \$10. Esto hace que su pago neto por el análisis sea de \$10, la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su cuidado médico directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas (computerized tomography, CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su enfermedad normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación sin cargo para las personas que participan en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare and Clinical Research Studies*, disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener 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 presta cuidado para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios para el cuidado de la salud no médico).

Sección 6.2 Cómo recibir cuidado de una institución religiosa no médica para servicios de salud

Para que lo atiendan en una institución religiosa de cuidado sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico **no exceptuado**.

- La cuidado o el tratamiento médicos **no exceptuados** corresponden a la cuidado o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- El cuidado o el tratamiento médicos **exceptuados** corresponden al cuidado o el tratamiento médicos que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

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

- La institución que brinde cuidado debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan sólo cubre los aspectos *no religiosos* de la cuidado.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a cuidado hospitalaria para pacientes hospitalizados en un hospital o en un centro de cuidado de enfermería especializada
 - – y – debe obtener la aprobación de nuestro plan por adelantado antes de que le ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

El cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud certificada por Medicare está limitada solo de acuerdo con las limitaciones señaladas en los límites de cobertura para servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados de Medicare, tal como se describe en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos con 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 eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para que los miembros usen en el hogar. El miembro siempre es propietario de algunos artículos de equipo médico duradero, como prótesis. Otros tipos de equipo médico duradero deben alquilarse.

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Como miembro de Provider Partners Health Plans, no obtendrá la propiedad de los artículos de equipo médico duradero alquilados sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan..** No obtendrá la propiedad incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de equipo médico duradero bajo Medicare Original antes de unirse a nuestro plan.

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

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

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare Original no cuentan.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para obtener la propiedad el artículo una vez que se inscriba de nuevo en Medicare Original. Cualquier pago que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

Sección 7.2 Normas para el equipo, suministros y mantenimiento de oxígeno

Si cumple los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, Provider Partners Health Plans cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si se va de Provider Partners Health Plans o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, entonces debe devolverlo.

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

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de cinco años, puede optar por permanecer con la misma compañía o irse a otra. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece en la misma compañía, y nuevamente está obligado a pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos

(qué está cubierto y qué paga usted)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos

La tabla de beneficios médicos enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de Provider Partners Health Plans. Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Gastos de su bolsillo que es posible que deba pagar por los servicios cubiertos

Los tipos de gastos de su bolsillo que es posible que deba pagar por los servicios cubiertos incluyen:

- **Deducible:** el importe que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. (La Sección 1.2 brinda más información acerca del deducible del plan).
- **Copago:** importe fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que cumple los requisitos para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni 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 Nuestro deducible del plan

Su deducible es de \$283, excepto para insulina suministrada mediante un dispositivo de equipo médico duradero. Hasta que haya pagado el deducible, deberá pagar el costo total de los servicios cubiertos. Una vez que haya pagado el deducible, comenzaremos a pagar la parte que nos corresponde de los costos de los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte (su copago o coseguro) durante el resto del año calendario.

El deducible no se aplica a algunos servicios. Esto significa que pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios, incluso si usted todavía no ha pagado su deducible. El deducible no se aplica a los siguientes servicios:

- Servicios preventivos cubiertos por Medicare
- Servicios dentales preventivos
- Servicios para la vista de rutina
- Servicios para la audición de rutina
- Servicios de podiatría de rutina
- Beneficio de productos de venta sin receta (OTC)
- Transporte médico que no es de emergencia
- Servicios de emergencia
- Cuidado requerido de urgencia
- Asignación frutas y verduras
- Todos los demás servicios médicos, no sujetos a deducible, según lo define Medicare

Sección 1.3 Nuestro plan también tiene un deducible separado para ciertos tipos de servicios

Además de nuestro deducible del plan que se aplica a todos los servicios médicos cubiertos, también tenemos un deducible para ciertos tipos de servicios.

Nuestro plan tiene un deducible para ciertos servicios. Esto significa que usted debe pagar el costo total de un servicio hasta alcanzar el deducible para ese servicio.

- Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados: Debe pagar el costo total de estos servicios hasta alcanzar el deducible para pacientes hospitalizados para su período de beneficios. Una vez que alcance este deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte y usted pagará la suya.
- Otros servicios: Ciertos servicios pueden tener un deducible separado, como el deducible médico de la Parte B. Pagar por completo un deducible no cuenta para el otro.

La tabla de beneficios médicos muestra los deducibles por categoría de servicio.

Sección 1.4 ¿Cuál es el máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Los planes de Medicare Advantage tienen un límite en cuanto al importe total que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina máximo de gastos de su bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026 este importe es de \$9,250.**

Los importes que usted paga por los deducibles, los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el máximo de gastos de su bolsillo. Los importes que paga por las primas del plan y los medicamentos de la Parte D no cuentan para su máximo de gastos de su bolsillo. Si llega al máximo de gastos de su bolsillo de \$9,250, no deberá pagar gastos de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.5 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de Provider Partners Health Plans, una protección importante para usted es que, después de que alcanza los deducibles, solo tiene que pagar la parte que le corresponde del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, llamados **facturación del saldo**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación de saldos:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o en el caso de servicios de urgencia o emergencia).

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

- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o en el caso de servicios de urgencia o emergencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos

La tabla de beneficios médicos que figura las siguientes páginas enumera los servicios que Provider Partners Health Plans cubre y lo que paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (que incluyen el cuidado médico, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Esto significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad y cumplen con los estándares aceptados del ejercicio de la medicina.
- Para los nuevos miembros, su plan MA de cuidado coordinado debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA no puede requerir preautorización para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su cuidado de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierto, a menos que se trate de una emergencia o cuidado de urgencia o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le hayan dado una referencia. Esto significa que usted paga al proveedor el total de los servicios fuera de la red que recibe.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) que brinda y supervisa su cuidado.
- Algunos de los servicios mencionados en la tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “preautorización”). Los servicios

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

cubiertos que necesitan preaprobación están marcados en la tabla de beneficios médicos con una nota al pie de página.

- Si su plan de cuidado coordinada prevé la aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la cuidado de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y Usted 2026*). También puede consultarlo en Internet en [es.medicare.gov](https://www.es.medicare.gov) o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una enfermedad existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por el cuidado recibido por la enfermedad existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si usted se encuentra dentro del período de 1 mes en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de participación, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por el plan, y su costo compartido no cambia durante este período.
- Si le diagnostican alguna de las enfermedades crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios, es posible que cumpla los requisitos para recibir Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI):
 - Dependencia crónica del alcohol y otras drogas
 - Trastornos autoinmunes
 - Cáncer
 - Enfermedades cardiovasculares
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Demencia


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

- Diabetes
- Enfermedad hepática en etapa terminal
- Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
- Trastornos hematológicos graves
- VIH/SIDA
- Trastornos pulmonares crónicos
- Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes
- Trastornos neurológicos
- Derrame cerebral
- Una vez que sea miembro y haya sido atendido por un profesional de enfermería o el coordinador de enfermería de Provider Partners, se realiza una Evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment, HRA). Su derecho a obtener los beneficios SSBCI se basará en la documentación que figure en la Evaluación de riesgos para la salud. Esto puede tardar hasta tres meses.
- Si quiere conocer más detalles, observe la fila Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas en la tabla de beneficios médicos siguiente.
- Contáctenos para averiguar exactamente para qué beneficios puede cumplir los requisitos.



Esta manzana muestra los servicios preventivos en tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, profesional de enfermería de práctica avanzada o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para esta prueba de detección preventiva.




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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Hasta 12 consultas cubiertas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define según los siguientes términos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está relacionado con una cirugía; y • no está relacionado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden prestar servicios de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes.</p> <p>Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros especialistas (Nurse Practitioner, NP)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden prestar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y 	<p>Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.</p>




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


Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<ul style="list-style-type: none"> una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o District of Columbia. <p>El personal auxiliar que brinda servicios de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS, según lo requieren nuestras normas en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sean para una situación de emergencia o para una que no es de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar cuidado si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos son para una situación que no es de emergencia, se debe documentar que el estado del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total para cada traslado de ida en ambulancia cubierto por Medicare.</p>
<p>Examen físico anual</p> <p>El examen físico anual es un examen físico exhaustivo que incluye una recopilación de antecedentes médicos y también puede incluir cualquiera de lo siguiente: signos vitales, observación del aspecto general, examen de cabeza y cuello, examen cardíaco y pulmonar, examen abdominal, examen neurológico, examen dermatológico y examen de extremidades. La cobertura de este beneficio es adicional a la visita de bienestar anual cubierta por Medicare y a la visita preventiva Bienvenido a Medicare. Limitado a un examen físico por año. Se pueden aplicar importes de costos compartidos separados para cualquier procedimiento de laboratorio o diagnóstico adicional que se solicite durante el examen físico anual.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Nota: Usted será responsable del costo compartido por cualquier servicio adicional durante este examen.</p>	
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una visita anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.</p>
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Es posible que sea necesaria una preautorización.</p>
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de cuidado primario para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Pruebas de detección para enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y de la vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino o de vagina, o está en edad de procrear, y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones 	<p>Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.</p>

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico</p> <p>Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos y coordinación y planificación de la cuidado.</p>	<p>El costo compartido de este servicio variará dependiendo de los servicios individuales brindados durante el curso de tratamiento.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertas las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene limitación de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en el que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses a partir del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra un pólipo u otro tejido y lo extirpa durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y queda sujeto a coseguro.</p> <p>Usted paga el 15 % del importe aprobado por Medicare por los servicios de sus médicos. De llevarse a cabo en un entorno hospitalario de para pacientes ambulatorios, usted también paga al hospital un coseguro del 15 %. No se aplica el deducible de la Parte B.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección en heces de cáncer colorrectal no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de, y en la misma consulta clínica de la prueba de detección. 	<p>Usted paga el 20 % del costo total para los enema de bario cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la enfermedad primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación o radioterapia para el cáncer que afecta la mandíbula, o exámenes bucales previos al trasplante de órganos. Además, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales preventivos • Exámenes bucales • Limpiezas • Tratamientos con fluoruro • Radiografías dentales • Servicios dentales integrales 	<p>Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Illinois (IL): Paga \$0 por 2 exámenes bucales, 2 profilaxis, 2 tratamientos con fluoruro, 2 series de radiografías dentales con una asignación combinada de \$3,000 para servicios dentales preventivos y completos. Usted es responsable de cualquier importe que exceda el límite de cobertura dental.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<ul style="list-style-type: none">• Servicios que no son de rutina• Servicios de diagnóstico• Servicios de restauración• Servicios de endodoncia• Servicios de periodoncia• Extracciones• Servicios de prostodoncia y maxilofaciales	<p>Indiana (IN): Paga \$0 por 2 exámenes bucales, 2 profilaxis, 2 tratamientos con fluoruro, 2 series de radiografías dentales con una asignación combinada de \$5,000 para servicios dentales preventivos y completos . Usted es responsable de cualquier importe que exceda el límite de cobertura dental.</p> <p>Kentucky (KY): Paga \$0 por 2 exámenes bucales, 2 profilaxis, 2 tratamientos con fluoruro, 2 series de radiografías dentales con una asignación combinada de \$3,000 para servicios dentales preventivos y completos. Usted es responsable de cualquier importe que exceda el límite de cobertura dental.</p> <p>Maryland (MD): Paga \$0 por 2 exámenes bucales, 2 profilaxis, 2 tratamientos con fluoruro, 2 series de radiografías dentales con una asignación combinada de \$5,000 para servicios dentales preventivos y completos. Usted es responsable de cualquier importe que exceda el límite de cobertura dental.</p>


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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
	<p>Missouri (MO): Usted paga \$0 por 1 examen bucal, 1 profilaxis, 1 tratamiento con fluoruro, 1 serie de radiografías dentales con una asignación de \$5,000 para servicios dentales preventivos y completos. Usted es responsable de cualquier importe que exceda el límite de cobertura dental.</p> <p>North Carolina (NC): Paga \$0 por 1 examen bucal, 1 profilaxis, 1 tratamiento con fluoruro, 1 serie de radiografías dentales con una asignación combinada de \$5,000 para servicios dentales preventivos y completos. Usted es responsable de cualquier importe que exceda el límite de cobertura dental.</p> <p>Pennsylvania (PA): Paga \$0 por 1 examen bucal, 1 profilaxis, 1 tratamiento con fluoruro, 1 serie de radiografías dentales con una asignación combinada de \$3,000 para servicios dentales preventivos y completos. Usted es responsable de</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
	<p>cualquier cantidad que exceda el límite de cobertura dental.</p> <p>Texas (TX): Paga \$0 por 1 examen bucal, 1 profilaxis, 1 tratamiento con fluoruro, 1 serie de radiografías dentales con una asignación combinada de \$5,000 para servicios dentales preventivos y completos. Usted es responsable de cualquier cantidad que exceda el límite de cobertura dental.</p>
<p> Evaluación de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de cuidado primario que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.</p>
<p> Prueba de detección de la diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede cumplir los requisitos para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes la cubiertas por Medicare.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p> Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y 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 siempre que se cumpla con ciertos requisitos. 	<p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios y suministros cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de la capacitación para el automanejo de la diabetes.</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el equipo médico duradero que sea médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro distribuidor en su área no ofrece una marca o un fabricante en particular, puede solicitar que le realice un pedido especial para usted. También puede acceder a la lista más actualizada de distribuidores en nuestro sitio web en www.pphealthplan.com.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total del equipo médico duradero y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera una preautorización para los cargos facturados en exceso de \$750.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es del 20 % del costo total todos los meses.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>En general, Provider Partners Health Plans cubre cualquier equipo médico duradero cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos diga que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Si es nuevo en Provider Partners Health Plans y utiliza una marca de equipo médico duradero que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca por un plazo de hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo refiera para una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es apropiado para su enfermedad. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9).</p>	<p>Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en Provider Partners Health Plans usted había realizado 36 meses de pagos de alquiler por cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en Provider Partners Health Plans es el 20 % del costo total.</p>
<p>Cuidado de emergencia</p> <p>La cuidado de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una enfermedad o estado médico de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de cuidado médico inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$100) por cada visita. El costo compartido no se cobra si es ingresado en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas.</p> <p>Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir cuidado como paciente hospitalizado después de haber estabilizado su condición de emergencia, debe</p>


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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red.</p> <p>El cuidado de emergencia está cubierto dentro de los Estados Unidos y sus territorios, pero no en todo el mundo.</p>	<p>recibir el cuidado para pacientes hospitalizados en el hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p>Servicios para la audición</p> <p>Las evaluaciones diagnósticas de la audición y el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como cuidado para pacientes ambulatorios cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare, nuestro plan también cubre los siguientes beneficios para la audición que no cubre Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de audición de rutina: 1 examen cada año • Ajuste/evaluación de aparatos auditivos: 4 ajustes/evaluaciones de aparatos auditivos cada 2 años • Aparatos auditivos <p>Llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre este beneficio.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20 % por cada examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>No hay ni coseguro ni copago para el examen de audición de rutina o para el ajuste y la evaluación de los aparatos auditivos.</p> <p>Illinois (IL): Usted paga \$0 por una asignación de \$2,000 para aparatos auditivos, que se aplica a ambos oídos de forma combinada cada 2 años.</p> <p>Indiana (IN): Usted paga \$0 por una asignación de \$2,000 para aparatos auditivos, que se aplica a ambos oídos de forma combinada cada 2 años.</p> <p>Kentucky (KY): Usted paga \$0 por una asignación de \$2,000 para aparatos auditivos, que se aplica a ambos oídos de forma combinada cada 2 años.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
	<p>Maryland (MD): Usted paga \$0 por una asignación de \$2,000 para aparatos auditivos, que se aplica a ambos oídos de forma combinada cada 2 años.</p> <p>Missouri (MO): Usted paga \$0 por una asignación de \$2,000 para aparatos auditivos, que se aplica a ambos oídos de forma combinada cada 2 años.</p> <p>North Carolina (NC): Usted paga \$0 por una asignación de \$2,000 por aparatos auditivos, que se aplica a ambos oídos cada 2 años.</p> <p>Pennsylvania (PA): Usted paga \$0 por una asignación de \$2,000 por aparatos auditivos, que se aplica a ambos oídos cada 2 años.</p> <p>Texas (TX): Usted paga \$0 por una asignación de \$2,000 para aparatos auditivos, que se aplica a ambos oídos de forma combinada cada 2 años.</p>

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


Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p> Prueba de detección del VIH</p> <p>Para quienes solicitan una prueba de detección de VIH o están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Si está embarazada, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante un embarazo. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>
<p>Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir los servicios de cuidado médico a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de cuidado médico a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de asistencia médica a domicilio en forma intermitente o a tiempo parcial (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. • Equipos y suministros médicos. 	<p>Usted paga el 0 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una preautorización.</p>
<p>Tratamiento de infusión a domicilio</p> <p>El tratamiento de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antiviricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p>	<p>Puede pagar del 0 % al 20 % de los medicamentos para radiación/quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados según nuestro plan de cuidado. • La capacitación y la educación del paciente no están cubiertos, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar. 	<p>Es posible que se requiera una preautorización para los cargos facturados en exceso de \$1,500.</p>
<p>Cuidados paliativos</p> <p>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 cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos aquellos que poseamos o controlemos, o en los que tengamos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Cuidado de alivio a corto plazo. • Cuidado a domicilio <p>Cuando lo admiten en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p>Para los servicios de cuidados paliativos y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal:</p> <p>Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos y cualquier otro servicio de la Parte A y la</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, y no por Provider Partners Health Plans.</p> <p>Paga el 0 % del costo total de los servicios de consulta cuidados paliativos cubiertos por Medicare (por única vez).</p>

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original. A usted se le facturará el costo compartido de Medicare Original.</p> <p>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una preautorización).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, usted paga solo el costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Medicare Original). <p>Para servicios cubiertos por planes de salud de proveedores asociados pero no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Provider Partners Health Plans continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su cuidados paliativos por enfermedad terminal, usted pagará costos compartidos. Si están relacionados con enfermedad terminal para la que recibe cuidados paliativos, entonces usted pagará el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5.</p>	

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Nota: Si necesita cuidados que no son paliativos (cuidado que no está relacionado con su pronóstico terminal, debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo una vez) para personas con una enfermedad terminal que no hayan elegido el beneficio de hospicio.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o medio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos la mayoría de las vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.</p>
<p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de cuidado a largo plazo y de otros tipos para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). 	<p>Deducible de \$1,736 por cada período de beneficios.</p> <p>Copago de \$0 para los días 1 al 60 del período de beneficios.</p> <p>Día 61–90: copago de \$434 por día para cada periodo de beneficios.</p> <p>Días 91-150: Copago de \$868 cada día mientras usa sus 60 días de reserva de por vida.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos. • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes hospitalizados. 	<p>Después del día 150: Usted paga todos los costos.</p> <p>Es posible que sea necesaria una preautorización.</p> <p>Se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios definido.</p> <p>Los costos compartidos se aplican a partir del primer día de admisión y no incluyen la fecha de alta. Si recibe cuidado autorizado para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es los costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de 	



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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de cuidado de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Provider Partners Health Plans brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de cuidado para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y de concentrados de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Servicios médicos. <p>Nota: Para ser paciente hospitalizado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente hospitalizado. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>	
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Nuestro plan cubre hasta 190 días a lo largo de su vida para servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no corresponde a los servicios de salud mental que requieren hospitalización prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p>	<p>Deducible de \$1,736 por cada período de beneficios.</p> <p>Copago de \$0 para los días 1 al 60 para cada período de beneficios</p> <p>Día 61–90: Copago de \$434 por día para cada período de beneficios</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
	<p>Días 91-150: Copago de \$868 por día mientras usa sus 60 días de reserva de por vida.</p> <p>Después del día 150: Usted paga todos los costos.</p> <p>Es posible que sea necesaria una preautorización.</p> <p>Se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios definido.</p>
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si su estadía como paciente hospitalizado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado. 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. 	<p>Usted paga el costo compartido aplicable por los servicios cubiertos por Medicare como se describe a lo largo de este documento.</p> <p>Es posible que deba seguir las reglas de preautorización correspondientes que se describen a lo largo de este documento.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. 	
 Terapia de nutrición clínica <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una orden del médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia de nutrición clínica con Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el próximo año calendario.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>
 Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) <p>Los servicios del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos en todos los planes de salud de Medicare para las personas que cumplen los requisitos.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de</p>	<p>Puede pagar del 0 % al 20 % de los medicamentos para radiación/quimioterapia</p>


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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>estos medicamentos a través de nuestro plan.</p> <p>Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada con un dispositivo de equipo médico duradero (como la bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que usa mediante algún equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan • El fármaco contra el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exámenes y pruebas puede necesitar en su tratamiento. • Factores de la coagulación que se administra usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Trasplante/Medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para el trasplante si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Usted debe tener Parte A en el momento del trasplante cubierto y Parte B en el momento que recibe medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunodepresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que estuvo relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida 	<p>de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Puede pagar del 0 % al 20 % (con un máximo de \$35) por insulina por cada mes.</p> <p>Es posible que se requiera una preautorización para los cargos facturados en exceso de \$1,500.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>(que podría ser usted, el paciente) los administra con la supervisión adecuada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos contra el cáncer oral, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que se usan como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento para las náuseas intravenoso • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes del fosfato bajo el sistema de pago de enfermedad renal en etapa terminal, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos • Agentes fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetina Alfa, Aranesp®, Darbepoetina Alfa, Mircera® y Metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. 	

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<ul style="list-style-type: none"> Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) <p>También cubrimos vacunas bajo la Parte B y la mayoría de la vacunas bajo nuestros beneficios para medicamentos de la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica nuestro beneficio para medicamentos de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>	
 Evaluación diagnóstica de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de cuidado primario, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de cuidado primario.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (MAT). Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde). Asesoramiento sobre consumo de sustancias. Terapia individual y grupal. Pruebas toxicológicas. Actividades de admisión. Evaluaciones periódicas. 	<p>Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una preautorización.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de cuidado médico las solicita para tratar un problema médico. • Otros análisis de diagnóstico para pacientes ambulatorios 	<p>Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una preautorización.</p>
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Aunque usted pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, incluida la cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta cuidado. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y sustancias biológicas que no se pueden autoadministrar. <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una preautorización.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital.</p>	
<p>Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, orientador profesional con licencia (LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT), profesional de enfermería de práctica avanzada (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de cuidado de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindados en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p>	<p>Fisioterapia: Usted paga el 0 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una preautorización.</p> <p>Terapia ocupacional: Usted paga el 0 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una preautorización.</p> <p>Terapia del habla: Usted paga el 0 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una preautorización.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes ambulatorios</p> <p>Servicios ambulatorios no residenciales prestados para el tratamiento de la dependencia de drogas o alcohol sin el uso de farmacoterapias. Los servicios pueden incluir terapia grupal o individual.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una preautorización.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga el costo compartido para la cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente ambulatorio.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una preautorización.</p>
<p>Beneficio de productos de venta sin receta (OTC)</p> <p>Los artículos cubiertos por el beneficio se limitan a los productos que se corresponden con la norma de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid que figura en la versión más reciente del Capítulo 4 del Manual de Cuidado Administrado de Medicare. Los medicamentos de venta libre requieren la recomendación de un proveedor para una condición diagnosticable específica y están permitidos de acuerdo con las pautas de su centro de cuidados a largo plazo. Puede visitar el sitio web de nuestro plan para ver nuestra lista de artículos de venta sin receta con cobertura. Consulte con su equipo de cuidado de la salud 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 llamando al 1-800-405-9681 (TTY 711). El 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</p>	<p>Illinois (IL): Usted paga \$0 por una asignación de \$255 cada trimestre para determinados medicamentos de venta sin receta y otros productos relacionados con la salud, que aparecen en el catálogo de productos de venta sin receta. Todo beneficio no utilizado vence al final de cada trimestre y no puede transferirse al trimestre siguiente.</p> <p>Indiana (IN): Usted paga \$0 por una asignación de \$155 cada trimestre para</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>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.</p> <p>Los artículos de venta sin receta pueden entregarse únicamente en la dirección permanente registrada.</p> <p>Los productos no se pueden comprar en una farmacia minorista local ni a través de ninguna otra fuente que no sean los canales de beneficios de Provider Partners Health Plans enumerados anteriormente. Los artículos de venta sin receta se pueden comprar solo para el miembro y están limitados a un pedido cada trimestre.</p>	<p>determinados medicamentos de venta sin receta y otros productos relacionados con la salud, que aparecen en el catálogo de productos de venta sin receta. Todo beneficio no utilizado vence al final de cada trimestre y no puede transferirse al trimestre siguiente.</p> <p>Kentucky (KY): Usted paga \$0 por una asignación de \$125 cada trimestre para determinados medicamentos de venta sin receta y otros productos relacionados con la salud, que aparecen en el catálogo de productos de venta sin receta. Todo beneficio no utilizado vence al final de cada trimestre y no puede transferirse al trimestre siguiente.</p> <p>Maryland (MD): Usted paga \$0 por una asignación de \$175 cada trimestre para determinados medicamentos de venta sin receta y otros productos relacionados con la salud,</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
	<p>que aparecen en el catálogo de productos de venta sin receta. Todo beneficio no utilizado vence al final de cada trimestre y no puede transferirse al trimestre siguiente.</p> <p>Missouri (MO): Usted paga \$0 por una asignación de \$152 cada trimestre para determinados medicamentos de venta sin receta y otros productos relacionados con la salud, que aparecen en el catálogo de productos de venta sin receta. Todo beneficio no utilizado vence al final de cada trimestre y no puede transferirse al trimestre siguiente.</p> <p>North Carolina (NC): Usted paga \$0 por una asignación de \$300 cada trimestre para determinados medicamentos de venta sin receta y otros productos relacionados con la salud, que aparecen en el catálogo de productos de venta sin receta. Todo beneficio no utilizado vence al final de</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
	<p>cada trimestre y no puede transferirse al trimestre siguiente.</p> <p>Pennsylvania (PA): Usted paga \$0 por una asignación de \$105 cada trimestre para determinados medicamentos de venta sin receta y otros productos relacionados con la salud, que aparecen en el catálogo de productos de venta sin receta. Todo beneficio no utilizado vence al final de cada trimestre y no puede transferirse al trimestre siguiente.</p> <p>Texas (TX): Usted paga \$0 por una asignación de \$70 cada trimestre para determinados medicamentos de venta sin receta y otros productos relacionados con la salud, que aparecen en el catálogo de productos de venta sin receta. Todo beneficio no utilizado vence al final de cada trimestre y no puede transferirse al trimestre siguiente.</p>
Servicios para hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o consejero profesional autorizado, y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El <i>servicio ambulatorio de cuidado intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento conductual (salud mental), suministrado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario para la salud mental, un centro médico calificado a nivel federal, o una clínica rural de mayor intensidad que la cuidado médico recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta de matrimonio o familia con licencia (LMFT) o asesor profesional con licencia pero de menor intensidad que en una hospitalización parcial.</p> <p>Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, solo cubrimos la hospitalización parcial como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Es posible que sea necesaria una preautorización.</p>
<p>Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos de audición y del equilibrio realizados por su <i>especialista</i>, si su médico los indica para determinar si usted necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de un médico de cuidado primario 	<p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios de un médico de cuidado primario.</p> <p>Usted paga el 0 % por las consultas en un centro con enfermeras especialista que son requeridas por el Modelo de Cuidado del plan.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios de especialistas.</p>


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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de médicos especialistas ○ Otros servicios profesionales de cuidado médico ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. ○ Para saber cómo acceder a los beneficios de telesalud, comuníquese con Servicio al Cliente al número que figura en el Capítulo 2. ● Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. ● Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. ● Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. ● Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación. ● Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted realiza una visita en persona en un plazo no mayor de 6 meses antes de su primera visita de telesalud. ○ Realiza una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. ● Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente 	<p>Usted paga el 20% de otros profesionales del cuidado de la salud.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total para los servicios de telesalud cubiertos por Medicare.</p>


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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y ○ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. • Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. • Segunda opinión antes de una cirugía. 	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de los pies de rutina para los miembros que padecen determinadas enfermedades que comprometen las extremidades inferiores. <p>Cuidado adicional de los pies, incluido el tratamiento del pie que generalmente se considera de rutina, es decir, corte o eliminación de callos, verrugas, durezas o uñas.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Illinois (IL): Usted paga \$0 por hasta 5 visitas de cuidado de podiatría de rutina por año calendario.</p> <p>Indiana (IN): Usted paga \$0 por hasta 12 visitas de cuidado de podiatría de rutina por año calendario.</p> <p>Maryland (MD): Usted paga \$0 por hasta 4 visitas de cuidado de</p>



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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
	<p>podiatría de rutina por año calendario.</p> <p>Kentucky (KY): Usted paga \$0 por hasta 12 visitas de cuidado de podiatría de rutina por año calendario.</p> <p>Missouri (MO): Usted paga \$0 por hasta 6 visitas de cuidado de podiatría de rutina por año calendario.</p> <p>North Carolina (NC): Usted paga \$0 por hasta 6 visitas de cuidado de podiatría de rutina por año calendario.</p> <p>Pennsylvania (PA): Usted paga \$0 por hasta 4 visitas de cuidado de podiatría de rutina por año calendario.</p> <p>Texas (TX): Usted paga \$0 por hasta 6 visitas de cuidado de podiatría de rutina por año calendario.</p>
<p> Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH</p> <p>Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados.</p> <p>Si califica, los servicios cubiertos incluyen:</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.</p>



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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamento PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. <p>Una prueba única de detección del virus de la hepatitis B.</p>	
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA). 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de antígeno prostático Específico (PSA).</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de un tacto rectal.</p>
<p>Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos; así como: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos ortésicos y protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, incluye cierta cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas – consulte <i>Cuidado de la Vista</i> más adelante en esta sección para obtener información más detallada.</p>	<p>Usted paga el 20% del costo total por dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados.</p> <p>Se requiere preautorización para los cargos facturados en exceso de \$750.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total para los</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Programas integrales de rehabilitación pulmonar para miembros con una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), de intensidad moderada a muy grave, y que tengan una orden para rehabilitación pulmonar del médico que esté tratando su enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una preautorización.</p>
<p> Evaluación y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, sin tener dependencia.</p> <p>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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de evaluación y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Las persona que cumplen los requisitos tienen cubierta una tomografía computarizada de dosis baja (low dose computed tomography, LDCT) cada 12 meses.</p> <p>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 por año y fuman actualmente o han dejado de fumar hace menos de 15 años, y que reciben una indicación para que se les realice una tomografía computarizada de baja dosis durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida que cumple los criterios de Medicare para dichas visitas y que es realizada por un médico o profesional médico calificado que no sea un médico.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una tomografía computarizada de baja dosis:</i> el miembro debe</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la tomografía computarizada de baja dosis.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.</p>	
<p> Prueba de detección de la infección por el virus de la hepatitis C</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de cuidado primario u otro proveedor de cuidado médico calificado la solicita y usted cumple con uno de estos requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corre un alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Naciste entre 1945 y 1965. <p>Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una sola vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha continuado consumiendo drogas inyectables ilegales desde su última prueba de detección de hepatitis C que dio negativa), cubrimos las pruebas de detección anuales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ITS cuando el proveedor de cuidado primario las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones personales superintensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ITS. Solo cubrimos estas sesiones de</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ITS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p>


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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de cuidado primario y se realizan en un establecimiento de cuidado primario, como en un consultorio del médico.</p>	
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le ingresa en el hospital como paciente hospitalizado para cuidado especial). • Capacitación en autodiálisis (incluye su capacitación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su domicilio). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total para servicios de educación sobre la enfermedad renal.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de los tratamientos de diálisis.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de cuidado en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF). El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. Un "período de beneficios" comienza el día que ingresa en un hospital o SNF. Termina cuando pasa 60 días consecutivos sin cuidado hospitalaria o de enfermería especializada. No se requiere una hospitalización previa antes de que pueda ser admitido en un SNF.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de cuidado (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y de concentrados de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. <p>Generalmente, usted recibe cuidado de SNF en instalaciones de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar los costos compartidos dentro de la red por un centro que no sea</p>	<p>Usted paga el 0 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que sea necesaria una preautorización.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un asilo de convalecencia o centro comunitario de cuidado continuo para jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted salga del hospital. 	
<p> Tratamiento del tabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco)</p> <p>El asesoramiento para dejar de usar tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumir tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Es competente y está alerta durante el asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento <p>Cubrimos 2 intentos de dejar el hábito al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, es decir, el paciente puede recibir hasta 8 sesiones al año).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</p> <p>Nuestro beneficio permite a los miembros comprar alimentos saludables y comidas preparadas. Los fondos no utilizados no se traspasan al siguiente período. Los fondos están disponibles para usted a través de una tarjeta de débito prepagada con gastos limitados* para usar en las tiendas minoristas participantes. No todos los miembros cumplirán los requisitos. Si le diagnostican las siguientes enfermedades crónicas y usted cumple determinados criterios, puede calificar para beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas:</p>	<p>Indiana (IN): Usted paga \$0 por una asignación de \$370 cada trimestre para alimentos saludables, y frutas y verduras.</p> <p>Kentucky (KY): Usted paga \$0 por una asignación de \$250 cada trimestre para comida</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia crónica del alcohol y otras drogas • Trastornos autoinmunes • Cáncer • Enfermedades cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática en etapa terminal • Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) • Trastornos hematológicos graves • VIH/SIDA • Trastornos pulmonares crónicos • Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Trastornos neurológicos • Derrame cerebral <p>Antes de realizar un pedido de artículos que se encuentran en tiendas o en Internet, consulte con su equipo de cuidado. Los alimentos y frutas y verduras solo se pueden entregar en las áreas disponibles. Los artículos se pueden comprar solo para el miembro y se puede utilizar la asignación completa en cualquier momento durante el trimestre.</p> <p>Los alimentos saludables disponibles para comprar a través del beneficio de Alimentos y Frutas y Verduras incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frijoles y lentejas • Mantequilla y queso crema • Cereales • Condimentos • Salsas y aderezos • Huevos • Frutas y verduras frescas, enlatadas, congeladas y ya preparadas • Barras de granola • Jugo • Proteínas magras, aves y pescado • Sustitutos de comidas/productos para diabéticos (Glucerna, Boost) • Leche 	<p>saludable, y frutas y verduras.</p> <p>Texas (TX): Usted paga \$0 por una asignación de \$200 cada trimestre para comida saludable, y frutas y verduras.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Mom's Meals (Entrega de comidas médicamente adaptadas) • Frutos secos y semillas • Carnes y embutidos envasados • Pasta y fideos • Arroz • Salsas • Sopas • Agua • Pan blanco • Granos integrales • Yogur <p>También se incluyen las bolsas, los gastos de envío y los gastos de servicio.</p> <p>Para obtener información adicional, hable con su asesor de beneficios o comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (TTY 711).</p> <p>*&more Benefits Prepaid Mastercard® la emite Avidia Bank, conforme a una licencia de Mastercard Incorporated. El uso de esta tarjeta está sujeto a los términos y las condiciones del Acuerdo del titular de la tarjeta.</p> <p>Nota: Una vez que sea miembro y haya sido atendido por un profesional de enfermería o el coordinador de enfermería de Provider Partners, se realiza una Evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment, HRA). Su derecho a obtener los beneficios SSBCI se basará en la documentación que figure en la Evaluación de riesgos para la salud. Esto puede tardar hasta tres meses.</p>	
<p>Tratamiento de ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación.• Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico.• Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD.• Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. <p>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de cuidado de la salud considera que es médicamente necesario.</p>	


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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>Transporte (no emergencia, de rutina)</p> <p>El transporte de rutina consiste en un viaje a una cita médica programada dentro de un área de servicio definida cuando la necesidad de transporte no se basa en una necesidad médica y se puede cubrir mediante un taxi, un servicio de viaje compartido, una camioneta o transporte médico. Para conocer más detalles sobre cómo usar este servicio, llame a Servicio al Cliente al 1-800- 405-9681.</p>	<p>Illinois (IL): Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 74 viajes de ida cada año a sitios de atención médica mediante taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico.</p> <p>Indiana (IN): Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 74 viajes de ida cada año a sitios de atención médica mediante taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico.</p> <p>Kentucky (KY): Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 72 viajes de ida cada año a lugares de atención médica mediante taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico.</p> <p>Maryland (MD): Usted paga un Copago de \$0 por hasta 54 viajes de ida cada año a lugares relacionados con la salud a través de taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
	<p>Missouri (MO): Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 42 viajes de ida cada año a sitios de atención médica mediante taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico. Este beneficio permite a los miembros ir acompañados por un auxiliar de cuidado de la salud, si el miembro lo desea.</p> <p>North Carolina (NC): Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 70 viajes de ida cada año a sitios de atención médica mediante taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico.</p> <p>Pennsylvania (PA): Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 48 viajes de ida cada año a lugares de atención médica mediante taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
	<p>Texas (TX): Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 18 viajes de ida cada año a sitios de atención médica mediante taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico.</p>
<p>Servicios requeridos de urgencia</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, aunque se encuentre dentro del área de servicio del plan, no es razonable, teniendo en cuenta su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir servicios requerido de urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios requeridos de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los exámenes médicos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente. El cuidado de urgencia está cubierto dentro de los Estados Unidos y sus territorios, pero no en todo el mundo.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$40) por visita.</p> <p>El costo compartido no se aplica si es ingresado en el hospital en un plazo no mayor de 3 días por la misma afección.</p>
<p> Cuidado de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto 	<p>Usted paga el 20 % del costo total del examen para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total del examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
<p>riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si necesita 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 anual. 	<p>Usted paga el 20 % del costo total de los anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.</p> <p>Usted paga \$0 por examen de la vista de rutina por año.</p> <p>Illinois (IL): Usted paga \$0 por una asignación de \$300 cada trimestre para artículos para la vista de rutina.</p> <p>Indiana (IN): Usted paga \$0 por una asignación de \$300 cada trimestre para artículos para la vista de rutina.</p> <p>Kentucky (KY): Usted paga \$0 por una asignación de \$300 cada trimestre para artículos para la vista de rutina.</p> <p>Maryland (MD): Usted paga \$0 por una asignación de \$300 cada trimestre para artículos para la vista de rutina.</p> <p>Missouri (MO): Usted paga \$0 por una asignación de \$300 cada trimestre para artículos para la vista de rutina.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
	<p>North Carolina (NC): Usted paga \$0 por una asignación de \$300 cada año para artículos para la vista de rutina.</p> <p>Pennsylvania (PA): Usted paga \$0 por una asignación de \$300 cada año para artículos para la vista de rutina.</p> <p>Texas (TX): Usted paga \$0 por una asignación de \$150 cada año para artículos para la vista de rutina.</p> <p>Usted es responsable de cualquier importe que exceda la asignación permitida para lentes de contacto o anteojos.</p>
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Nuestro plan cubre la consulta preventiva única <i>Bienvenido a Medicare</i>. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de cuidado si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre este plan.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos, y el plan no los pagará. La única excepción es si se presenta una apelación por el servicio y se decide, mediante una apelación, que es un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9).

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos estéticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo deformada Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado de compañía El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la cuidado continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse	No cubiertos en ninguna situación

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

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Medicare Original que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.	Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por la cuidado por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Cuidado de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Entrega de comidas a domicilio	No cubiertos en ninguna situación
Servicios domésticos que incluyen ayuda básica en el hogar, incluidas las tareas de limpieza liviana o preparación de comidas sencillas.	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna situación
Cuidado odontológica que no sea de rutina	Se puede cubrir la cuidado odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como cuidado para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Los zapatos que sean parte de una abrazadera de pierna y estén incluidos en el costo de la abrazadera ortopédica. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de cuidado de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	No cubiertos en ninguna situación
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario.

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

Servicios que no cubre Medicare	Servicios que tienen cobertura solo en ciertos casos específicos
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados	No cubiertos en ninguna situación
Cuidado quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	Un par de anteojos con marcos estándar (o un par de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas en que se implante una lente intraocular
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original	No cubiertos en ninguna situación

CAPÍTULO 5:

Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan

Consulte la tabla de beneficios médicos que figura en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de cuidados paliativos.

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada para recetar) que emita su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales vigentes.
- El profesional que receta no debe figurar en las Listas de Proveedores Excluidos o Proveedores Inhabilitados de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su medicamento con receta (consulte la Sección 2), o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o respaldado por ciertas referencias. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).
- Su medicamento podría requerir aprobación de nuestro plan basada en ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información)

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los surte en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubrimos los medicamentos con receta que surte en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que tiene un contrato con nuestro plan para proporcionar 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 de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web <https://www.pphealthplan.com/participating-pharmacies/> o llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Si su farmacia sale de la red

Si la farmacia que utiliza abandona la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o buscar en el *Directorio de farmacias*.

Farmacias especializadas

Algunos medicamentos con receta deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de cuidado a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (como un asilo de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de cuidado a largo plazo, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de Servicio de Salud Indígena, Tribal o Indígena Urbano (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia,

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

solo los nativos americanos de Estados Unidos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de nuestra red.

- Farmacias que suministran medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para localizar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* <https://www.pphealthplan.com/farmacias-participantes/> o llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedidos por correo de nuestro plan

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

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (TTY 711).

Por lo general, el pedido a la farmacia de pedidos por correo se le enviará en no más de 14 días. Si su pedido por correo se retrasa, puede obtener un suministro temporal en una farmacia local. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de cuidado médico, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si deben enviar, atrasar o detener la nueva receta.

Recetas resurtidas en una farmacia de pedidos por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzamos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si usted elige no usar nuestro programa de resurtido automático pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su medicamento con receta, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que se acabe su medicamento con receta actual. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para optar por no participar en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de medicamentos por correo, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 y hable con un agente para optar por no participar en uno o ambos programas.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido podría ser más bajo. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento que figuran en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de farmacias*, www.pphealthplan.com/participating-pharmacies/ se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener información detallada.

Sección 2.4 Usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera nuestra área de servicio, en las que puede obtener sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cercana.

Cubrimos medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red solo en las siguientes circunstancias:

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

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarle a nuestro plan que le reembolse). Es probable 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 de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan

Sección 3.1 La Lista de medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (Formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos la lista de medicamentos**.

Nuestro plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que cumpla *una* de las siguientes condiciones:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la condición para la que se prescribe, o
- Está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

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

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene las siguientes opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por vía electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan (<http://pphealthplan.com/pharmacyresources>). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.
- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (<https://welcome.optumrx.com/providerpartnershp/prescription-drug-list>) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están destinadas a alentarle a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

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 variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de cuidado médico, y pueden aplicar distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, tableta en comparación con líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre lo que usted o su proveedor pueden hacer para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, debe usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9.)

Obtener la preaprobación del plan

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización de nuestro plan que se base en criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se conoce como **preautorización**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan. Los criterios de preautorización de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web: <http://pphealthplan.com/pharmacyresources>.

Probar otro medicamento primero

Este requisito le anima a que pruebe medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero otro medicamento se denomina **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web: <http://pphealthplan.com/pharmacyresources>.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede surtir cada vez. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

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

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que toma, o que usted y su proveedor creen que debería tomar y que no está en nuestra Lista de medicamentos, tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O es posible que esté cubierta una versión genérica del medicamento pero no la versión de marca que usted desea tomar.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son algunas opciones :

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para cumplir los requisitos para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O BIEN ahora debe tener 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.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- **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 30 días. Si su receta indica menos días, permitiremos surtidos múltiples para proporcionar hasta un máximo de 30 días de suministro del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades cada vez para evitar desperdiciarlo).
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días y viven en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro de emergencia de un medicamento en particular para 31 días o menos si su receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.
 - Para miembros que están fuera de su período de transición y experimentan un cambio en el nivel de cuidado al cambiar de un entorno de tratamiento a otro (ejemplo: de un centro de cuidados a largo plazo a un hospital, de un hospital a un centro de cuidados a largo plazo, de un hospital casa, de casa a un centro de cuidados a largo plazo, de un centro de cuidados paliativos a un centro de cuidados a largo plazo o de centro de cuidados a largo plazo a un centro de cuidados paliativos). Autorizaremos el resurtido temprano de un suministro para 30 días del medicamento en el comercio minorista y en el centro de cuidado a largo plazo para medicamentos que figuren en el formulario, y un surtido de transición de 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 se aplica a los permisos de ausencia a corto plazo (es decir, festivos o vacaciones) de los centros de cuidado a largo plazo o del hospital. Si está fuera de su período de transición de 90 días, aún le proporcionaremos un suministro de emergencia de 30 días en el establecimiento minorista o un suministro de hasta 31 días en el centro de cuidado a largo plazo de medicamentos cubiertos por la Parte D que no están en el formulario (incluidos los medicamentos cubiertos por la Parte D que están en nuestro formulario y que de otro modo requerirían preautorización, terapia escalonada o restricciones de límite de cantidad), caso por caso, mientras se procesa una excepción.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

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. Tiene dos opciones:

Opción 1: Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay otro medicamento cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2: Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Si es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retirará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración de respaldo del profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9 para saber qué tiene que hacer. También explica los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma oportuna y justa.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podrá hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría:

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por su versión genérica.**

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. A veces, recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante este año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e inmediatamente quitar un medicamento similar o hacer cambios en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la lista de medicamentos, podemos quitar de inmediato un medicamento similar de la lista de medicamentos, pasar el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La nueva versión del medicamento tendrá las mismas restricciones o similares.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Podemos realizar estos cambios inmediatamente y avisarle más tarde, incluso si está tomando el medicamento que vamos a eliminar o cambiar. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios que hicimos.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y quitar o hacer cambios a un medicamento similar que está en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la lista de medicamentos, podemos quitar un medicamento similar de la lista de medicamentos, pasarlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La nueva versión del medicamento tendrá las mismas restricciones o similares.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le avisaremos con al menos 30 días de anticipación antes de hacer el cambio o le daremos un aviso del cambio y cubriremos un surtido para 30 días del medicamento que está tomando.
- **Quitar de la lista de medicamentos medicamentos peligrosos y otros medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces un medicamento puede considerarse peligroso o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, se lo diremos después de realizar el cambio.
- **Hacer otros cambios a medicamentos de la lista de medicamentos.**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, nos basamos en advertencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le avisaremos con al menos 30 días de anticipación antes de hacer estos cambios o le daremos un aviso del cambio y cubriremos un surtido para 30 días del medicamento que está tomando.

Si hacemos cualquiera de estos cambios a cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable el profesional autorizado para recetar sobre las mejores opciones para usted, incluidos cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para cumplir con las nuevas restricciones sobre el medicamento que

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

está tomando. Usted o la persona autorizada para recetar pueden solicitarnos que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (excepto para un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la “Lista de medicamentos” para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos con receta están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que los plan de medicamentos de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso fuera de la indicación aprobada de un medicamento cuando no está respaldado por ciertas referencias, por ejemplo, American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX. Uso para una *indicación no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento 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 Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta, esta Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (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

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de su plan (que puede encontrarse en su tarjeta de miembro) en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará a nuestro plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted debe pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de recoger su medicamento con receta.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Si usted no tiene su información de membresía de nuestro plan, usted o su farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información necesaria, o bien usted puede solicitar a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o un centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de cuidado de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura, que se describen en este capítulo.

Sección 9.2 Residentes en un centro de cuidado a largo plazo (LTC)

Normalmente, un centro de cuidados a largo plazo (LTC) (como un asilo de convalecencia) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* www.pphealthplan.com/participating-pharmacies/ para averiguar si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted está en un centro de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de cuidado a largo plazo.

Si reside en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, consulte a la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos del plan de grupo del empleador o de grupo para jubilados

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

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo para jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que su cobertura de grupo paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos para el año calendario siguiente es acreditable.

Si la cobertura del plan de grupo es acreditable, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare.

Conserve todos los avisos sobre cobertura acreditable porque podría necesitarlos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia del administrador de beneficios de su empleador o plan para jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 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 está inscrito en el beneficio de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no estén cubiertos por su beneficio de cuidados paliativos por no estar relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, la persona autorizada para recetar o su proveedor de cuidado hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de cuidados paliativos o profesional que receta que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de cuidados paliativos o que reciba el alta del centro de cuidados paliativos, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para garantizar que nuestros miembros reciban cuidado seguro y adecuado.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en el uso de sus medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides 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 utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas para recetar o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con las personas autorizadas para recetar para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con los profesionales que receta y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si le ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinada(s) farmacia(s).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta de determinada(s) persona(s) autorizada(s) para recetar.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. 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 únicamente de la persona autorizada para recetar o farmacia específicas. Tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas para recetar o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada para recetar tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión nueva. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se le colocará en un Programa de Administración de Medicamentos si usted tiene determinadas enfermedades, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe cuidados paliativos o para el final de la vida, o vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Manejo de Terapias de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

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

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan una cantidad específica de los costos de los opioides de forma segura, pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Si cumple con los requisitos para participar en este programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debería dar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los que está tomando, qué cantidad toma, y el momento y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. Tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si decide no participar, notifíquelo y cancelaremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le enviamos un adjunto por separado, llamado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben la Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta* (también llamada Cláusula adicional del plan de Subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula Adicional LIS*.

En este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. 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 de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El capítulo 5 explica estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos (welcome.optumrx.com/providerpartnershp/prescription-drug-list), el costo que se muestra es una estimación de los gastos de su bolsillo que se espera que usted pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de gastos de su bolsillo que es posible que deba por los medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de gastos de su bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede solicitar que pague:

- El **deducible** es el importe que usted paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

- El **copago** es un importe fijo que usted paga cada vez que surte una receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total del medicamento que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* se toma en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los gastos de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los gastos de su bolsillo

Los gastos de su bolsillo **incluyen** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D, y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El importe que usted paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de deducible.
 - La Etapa de cobertura inicial.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Programa de Servicio de Salud Indígena, programas de ayuda de medicamentos para el SIDA, Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Cuando se pasa a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores:

Cuando usted (o quien paga en su nombre) haya pagado un total de \$2,100 de gastos de su bolsillo en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial 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:

- La prima mensual de su plan es
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a 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
- Medicamentos con receta y vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Pagos que realiza por medicamentos cubiertos con nuestra cobertura adicional pero que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos que usted realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).
- Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuento del fabricante

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de gastos de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de los gastos de su bolsillo totales

- La *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe incluye el total actual de gastos de su bolsillo. Cuando este importe alcance los \$2,100, la *Evidencia de Cobertura de la Parte D* le dirá que salió de la Etapa de cobertura inicial y pasó a la Etapa de cobertura de gastos médicos mayores.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.1 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Provider Partners Health Plans

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos con los Provider Partners Health Plans. La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o resurta un medicamento con receta. En este capítulo se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son las siguientes:

- **Etapas 1: Etapa del deducible anual**
- **Etapas 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapas 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

SECCIÓN 3 Su *Explicación de Beneficios (EOB)* de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que realiza cuando obtiene recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. Realizamos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos de su bolsillo:** es el importe que usted pagó. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos realizado por Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud para Pueblos Indígenas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Ayuda con los Medicamentos (SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** es el total de todos los pagos realizado por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que nuestro plan pagó, lo que pagó usted y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

Si surtió una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Evidencia de Cobertura de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona detalles de pago sobre las recetas que usted surtió durante el mes anterior. Muestra el total de costos de medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros han pagado en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer resurtido para cada reclamo de medicamentos con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamo de medicamentos con receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a garantizar que sepamos sobre las recetas que usted surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de gastos de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los gastos de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Algunos ejemplos de cuándo debe darnos 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 descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia a pacientes patrocinado por un fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Por ejemplo, para los gastos de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense y las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo completo de sus medicamentos** hasta que alcance el deducible de nuestro plan, que es de \$615 para 2026. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajeros. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más los costos de suministro por medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado \$615 por sus medicamentos, sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta.

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte (el coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

Sus opciones de farmacia

El importe que usted paga por un medicamento está determinado por el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red solo en casos especiales. En la Sección 2.5 del Capítulo 5 se detalla cuándo cubriremos un medicamento con receta surtido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y surtir sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan www.pphealthplan.com/participating-pharmacies.

Sección 5.2 Sus costos por un suministro de un mes de un medicamento cubierto

Durante la etapa de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un coseguro.

Sus costos por un suministro de un mes de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido en farmacia minorista estándar dentro de la red	Costos compartidos en farmacias de pedido por correo	Costos compartidos en farmacias de centros de cuidado a largo plazo (Long Term Care, LTC)	Costos compartidos en farmacias fuera de la red
	(suministro para hasta 30 días)	(suministro para hasta 30 días)	(suministro para hasta 30 días)	(La cobertura está limitada a ciertas situaciones; para obtener información detallada consulte el Capítulo 5). (suministro para 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 por nuestro plan, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D**Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, quizás no tenga que pagar el costo del suministro para el mes completo**

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Puede haber momentos en que usted o su médico quiera tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando va a probar un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete —y a su farmacéutico que le dispense— un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

- Si le corresponde pagar un coseguro, pagará un porcentaje del costo total del medicamento. Como el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si le corresponde pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos para un suministro para *largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos puede recibir un suministro para largo plazo (también denominado “suministro extendido”). Un suministro para largo plazo es un suministro para hasta 90 días.

Sus costos por un suministro a *largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costos compartidos en farmacias minoristas estándar (dentro de la red)	Costos compartidos en farmacias de pedido por correo
	(suministro de hasta 90 días)	(suministro para hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido	25% del costo total	25 % del costo total

No pagará más de \$70 por un suministro para dos meses o \$105 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no ha pagado su deducible.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Sección 5.5 Permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que los gastos de su bolsillo para el año alcancen los \$2,100

Permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que los gastos de su bolsillo totales que paga de su bolsillo alcancen los \$2,100. Después pasa a la Etapa de cobertura de gastos médicos mayores.

La *EOB de la Parte D* que reciba le ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier otro tercero han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de su bolsillo de \$2,100 en un año.

Le informaremos cuando alcance este importe. Consulte la Sección 1.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los gastos de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura de gastos médicos mayores

En la Etapa de cobertura de gastos médicos mayores, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los gastos de su bolsillo alcanzan el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que está 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, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin ningún costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles de cobertura y costo compartido sobre vacunas específicas.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se le denomina “colocación” de la vacuna).

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

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

1. Si una organización llamada Advisory Committee on Immunization Practices (Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación, ACIP) recomienda la vacuna para adultos.

- El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) recomienda la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos y no le cuestan nada.

2. Dónde obtiene la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor pueden colocar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que se encuentre.

- A veces cuando se pone una vacuna, usted tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Usted no pagará nada por mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.

Abajo se incluyen tres ejemplos de cómo podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Le administran la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red.
(La disponibilidad de esta opción depende de dónde viva. En algunos estados no está permitido que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Usted no pagará nada por mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
- Usted pagará a la farmacia su coseguro por otras vacunas de la Parte D, que incluye el costo de aplicación de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

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

- Cuando recibe la vacuna, tiene pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrársela.
- Luego puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el importe total que pagó. Por otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el importe que pagó menos cualquier coseguro por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Compra la vacuna en sí de la Parte D en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico para que se la administren.

- Usted no pagará nada por mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
- Usted pagará a la farmacia su coseguro por otras vacunas de la Parte D.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted quizá deba pagar el costo total de este servicio.
- Luego puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el importe total que pagó.

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 debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos

A veces puede que tenga que pagar el costo total cuando recibe cuidado médico o un medicamento con receta. Otras veces se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (es decir, que le reembolsemos). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado más que su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total del cuidado médico a que se le prestó o posiblemente por un importe más alto que la parte que le corresponde de costo compartido, según se detalla en este documento. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Evaluaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que recibió:

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

Fuera del área de servicio, usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos,

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están obligados por ley a prestar cuidado de emergencia.
- Si usted paga el monto total al momento de recibir la cuidado, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pida pagar un importe que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto le correspondía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación del saldo**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el importe que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviar documentos como recibos y facturas para que podamos gestionar el reembolso.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente. Cuando esto sucede, usted tiene que pagar el costo total de su medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es probable que no le devolvamos la diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que pagaríamos en una farmacia de la red.

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

Si no lleva consigo la tarjeta de membresía de nuestro plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o busque la información de inscripción en nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

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

Puede que pague el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide adquirir el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

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

Cubrimos el cuidado recibido de un proveedor fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 3 para obtener más información.

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle a usted solo su parte del costo. Pero a veces el proveedor fuera de la red puede pedirle que pague más de lo que le corresponde.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Usted solo tiene que pagar el costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación del saldo”. Esta protección (para que nunca pague más de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la “facturación del saldo”, consulte la Sección 1.4 del Capítulo 4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo importe usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre el importe que pagó y el que debe según el plan, hasta el importe que el plan habría pagado al proveedor fuera de la red si hubiese presentado un reclamo directamente con el plan. Los planes debe agregar circunstancias adicionales en las que aceptan un reclamo impreso de un miembro.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe cubrirse. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe cubrirse, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Puede enviarnos una solicitud por escrito para solicitarnos que le reembolsemos. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es recomendable que haga una copia de su factura y los recibos para guardarlos por si las necesitara más adelante. **Debe enviarnos su reclamo dentro de los 120 días** de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de estar proporcionándonos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamación para solicitar su pago.

- No tiene la obligación de usar el formulario pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Los datos requeridos si no utiliza el formulario son el ID de miembro, la fecha del servicio, el nombre del proveedor, la información de contacto del proveedor, los códigos de procedimiento y los cargos del procedimiento.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.pphealthplan.com) o llame a Servicio al Cliente para solicitarlo al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicitar el formulario.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

Para reclamos de farmacia
Optum RX Claims Department
PO Box 650287
Dallas TX 75265-0287

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

SECCIÓN 3 Evaluaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

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

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Nuestra parte podría no ser el importe total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado). Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento *no* están cubiertos, o si usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explicarán los motivos por los que no le enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la cuidado médico, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el importe que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 9.

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 información de una manera que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten 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 antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, prestación de servicios de traducción, interpretación, teletipo 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. También podemos brindarle información en idiomas que no sean inglés, incluido el español, y en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para recibir información de una manera que le resulte conveniente, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (usuarios de TTY llamen al 711).

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 servicios de cuidado médico preventivo y de rutina para mujeres.

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la cuidado necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que presten un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame al 1-800-405-9681 para presentar una queja formal ante Servicio al Cliente. El 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 lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Debemos proporcionarle información de una manera que le resulte cómoda y acorde con su sensibilidad cultural (en idiomas distintos del inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.).

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluyendo a quienes tienen un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o personas con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en otros idiomas, como español, braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo alguno si la necesita. Tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que le sea conveniente, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para servicios de cuidado médico rutinario y preventivo para mujeres.

Si no hay proveedores disponibles en la red de nuestro plan para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran el servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde obtener este servicio con el costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, consultar con un especialista en salud femenina o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante el Departamento de Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (TTY 711). El horario es de 8:00 a. m. de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.,

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Tiene derecho a elegir un proveedor en la red de nuestro plan para que le preste y coordine sus servicios cubiertos. No requerimos que obtenga referencias para acudir a proveedores de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un período razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su cuidado médico o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el Capítulo 9 le explica lo que 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 su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Aviso de Prácticas de Privacidad*, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo*.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del Gobierno que controlan la calidad de la cuidado.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, esto requiere que no se comparta la información que le identifica específicamente.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados por nuestro plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de cuidado médico para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no sean de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD - PRIVACIDAD DE CONFORMIDAD CON LA HIPAA**Compromiso con la Protección de la Información de Salud**

El Plan cumplirá con las Normas de Privacidad de la Información de Salud Individualmente Identificable (es decir, la "Regla de Privacidad") establecidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. ("HHS") de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud ("HIPAA"). Dichas normas controlan la difusión de "información de salud protegida" ("PHI") de los Participantes del Plan. Las normas de privacidad se implementarán y harán cumplir en las oficinas del Empleador y del Patrocinador del Plan y cualquier otra entidad que pueda ayudar en la operación 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;

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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
5. La persona u oficina de contacto para obtener más información sobre las prácticas de privacidad del Plan.

Dentro de esta disposición se pueden usar términos en mayúscula, pero no definidos de otra manera. Estos términos tendrán el mismo significado que los términos establecidos en el Título 45 del CFR, Secciones 160.103 y 164.501. Cualquier modificación de la normativa HIPAA que altere un término de HIPAA definido o una cita normativa se considerará incorporada a esta disposición.

Cómo se puede usar y divulgar la Información de Salud

En general, las Normas de Privacidad permiten que el Plan use y divulgue la PHI de una persona, sin obtener autorización, solo si el uso o la divulgación es:

1. Para efectuar el Pago de prestaciones;
2. Para operaciones de cuidado médico;
3. Para fines de Tratamiento; o
4. Si el uso o divulgación cae dentro de una de las circunstancias limitadas descritas en las reglas (por ejemplo, la divulgación es requerida por ley o para actividades de salud pública).

Divulgación de PHI al Patrocinador del Plan para fines de Administración del Plan

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

1. No usar ni divulgar PHI más allá de lo permitido o requerido por los documentos del Plan o según lo exija la ley (como se define en las normas de privacidad);
2. Asegurarse de que cualquier agente, incluido un subcontratista, a quien el Patrocinador del Plan proporcione la PHI recibida del Plan, acepte las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Patrocinador del Plan con respecto a dicha PHI;
3. Establecer protecciones para la información, incluyendo sistemas de seguridad para el procesamiento 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 que los datos se utilicen para el pago de la cuidado médico o las operaciones del Plan;
5. Recibir PHI, en ausencia de la autorización expresa de un individuo, solo para llevar a cabo funciones de administración del Plan;

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

6. No usar ni divulgar PHI para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficios para empleados del Patrocinador del Plan, excepto de conformidad con una autorización que cumpla con los requisitos de las normas de privacidad;
7. Informar al Plan de cualquier uso o divulgación de la PHI que sea inconsistente con los usos o divulgaciones proporcionados de los cuales el Patrocinador del Plan tenga conocimiento;
8. Poner a disposición la PHI de acuerdo 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 modificación 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 requerida para proporcionar una contabilidad de las divulgaciones de acuerdo con la sección 164.528 de las normas de privacidad (45 CFR 164.528);
11. Poner sus prácticas, libros y registros internos relacionados con el uso y la divulgación de la PHI recibida del Plan a disposición del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. ("HHS"), o cualquier otro funcionario o empleado del HHS a quien se le ha delegado la autoridad involucrada, con el fin de determinar el cumplimiento por parte del Plan con la parte 164, subparte E, de las normas de privacidad (45 CFR 164.500 et seq);
12. Informar al Plan sobre cualquier uso o divulgación inconsistente de la PHI de la que tenga conocimiento el Patrocinador del Plan;
13. Capacitar a los empleados en los requisitos de protección de la privacidad y nombrar un coordinador de cumplimiento de la privacidad responsable de dichas protecciones;
14. Si es factible, devolver o destruir toda la PHI recibida del Plan que el Patrocinador del Plan todavía mantenga en cualquier forma y no conservar copias de dicha PHI cuando ya no se necesite para el propósito para el cual se hizo la divulgación, excepto que, si dicha devolución o destrucción no es factible, limitar los usos y divulgaciones adicionales a aquellos fines que hacen que la devolución o destrucción de la PHI no sea factible; y
15. Garantizar que se establezca una separación adecuada entre el Plan y el Patrocinador del Plan, como se requiere en la sección 164.504(f)(2)(iii) de las normas de privacidad (45 CFR 164.504(f)(2)(iii)), de la siguiente manera:

(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:

(l) Responsable de Privacidad: el acceso a 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 desempeña para el Plan.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

(b) En caso de que alguna de las personas descritas anteriormente no cumpla con las disposiciones de los documentos del Plan relacionadas con el uso y la divulgación de la PHI, el Administrador del Plan impondrá sanciones razonables según sea necesario, a su discreción, para garantizar que no se produzcan más incumplimientos. El Administrador del Plan informará de inmediato dicha violación o incumplimiento al Plan y cooperará con el Plan para corregir la violación o el incumplimiento e imponer las medidas o sanciones disciplinarias correspondientes. Dichas sanciones se impondrán progresivamente (por ejemplo, advertencia oral, advertencia escrita, tiempo libre sin goce de sueldo y despido), si corresponde, y se impondrán de manera que sean proporcionales a la gravedad de la infracción.

Divulgación de Información de Salud Resumida al Patrocinador del Plan

El Plan puede divulgar PHI al Patrocinador del Plan del plan de salud grupal para fines de administración del plan o de conformidad con una solicitud de autorización firmada por el Participante del Plan. El Plan puede usar o divulgar "información de salud resumida" al Patrocinador del Plan para obtener ofertas de primas o modificar, enmendar o cancelar el plan de salud grupal.

Divulgación de Cierta Información 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 participa en el Plan o si está inscrita o se ha dado de baja de un emisor de seguro médico u organización de mantenimiento de la salud que ofrece el Plan al Patrocinador del Plan.

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

Por la presente, el Patrocinador del Plan puede autorizar e indicar al Plan, a través del Administrador del Plan o el administrador ambulatorio, que divulgue la PHI a 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. Dichas divulgaciones se realizarán de acuerdo con las normas de privacidad.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Otras divulgaciones y usos de PHI:**Usos y divulgaciones permitidos de PHI**

1. Tratamiento, Pago y Operaciones de Cuidado Médico: El Plan tiene derecho a usar y divulgar la PHI de un Participante del Plan para todas las actividades incluidas en las definiciones de Tratamiento, Pago y Tareas Administrativas de Cuidado de la Salud y de conformidad con la Regla de Privacidad de HIPAA.
2. Socios Comerciales: el Plan contrata a personas y entidades (Socios Comerciales) para realizar diversas funciones en su nombre. En el desempeño de estas funciones o para prestar servicios, los Socios Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán o divulgarán PHI, pero solo después de que el Plan y el Socio Comercial acuerden por escrito los términos del contrato que requieren que el Socio 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 cuidado de la salud 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 cuidado médico. Por ejemplo, el Plan puede divulgar PHI a un Proveedor de cuidado médico cuando el Proveedor lo necesite para brindar tratamiento a un Participante del Plan, y el Plan puede divulgar PHI a otra entidad cubierta para realizar tareas administrativas de cuidado de la salud. El Plan también puede divulgar o compartir PHI con otras aseguradoras (como Medicare, etc.) para coordinar beneficios, si un Participante del Plan tiene cobertura a través de otra aseguradora.

Otros usos y divulgaciones permitidos de PHI

1. Requerido por ley: el Plan puede usar o divulgar la PHI cuando lo exija la ley, siempre que el uso o la divulgación cumpla con los requisitos pertinentes de dicha ley y se limite a ellos.
2. Salud Pública y Seguridad: el Plan puede usar o divulgar PHI cuando esté permitido para fines de actividades de salud pública, incluidas las divulgaciones a:
 - una autoridad de salud pública u otra autoridad gubernamental apropiada autorizada por ley para recibir informes de abuso infantil, negligencia o violencia doméstica;
 - informar reacciones a medicamentos o problemas con 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;
 - ubicar y notificar a las personas sobre retiros del mercado de productos que puedan estar usando; y

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que de otro modo puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición, si lo autoriza la ley.
3. El Plan puede divulgar PHI a una autoridad gubernamental, a excepción de los informes de abuso o negligencia infantil permitidos por el punto(5) anterior, cuando lo exija o lo autorice la ley, o con el acuerdo del Participante del Plan, si el Plan cree razonablemente que él/ella es un víctima de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar. En tal caso, el Plan informará de inmediato al Participante del Plan que se ha realizado o se realizará dicha divulgación, a menos que el Plan crea que informarlo le pondría en riesgo de sufrir daños graves (pero solo a alguien en posición de ayudar a prevenir la amenaza). En general, la divulgación se puede hacer a los padres u otros representantes de un menor, aunque puede haber circunstancias bajo leyes estatales o federales en las que los padres u otros representantes no tengan acceso a la PHI del menor.
 4. Actividades de vigilancia de la salud: el Plan puede divulgar PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades de supervisión autorizadas por ley. Esto incluye investigaciones civiles, administrativas o penales; inspecciones; auditorías de reclamos; licencia o acciones disciplinarias; y otras actividades necesarias para la supervisión adecuada de un sistema de cuidado médico, un programa de cuidado cuidado médico del Gobierno y el cumplimiento de ciertas leyes.
 5. Demandas y Disputas: el Plan puede divulgar 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 descubrimiento u otros procesos legales requeridos cuando el Plan recibe garantías satisfactorias de que la parte solicitante ha hecho un intento de buena fe de informar al Participante del Plan de la solicitud o para obtener una orden que proteja dicha información y hacerlo de conformidad con las garantías procesales especificadas.
 6. Cumplimiento de la ley: el Plan puede divulgar PHI a un funcionario de las fuerzas del orden cuando sea necesario para fines de cumplimiento de la ley relacionados con la identificación o localización de un sospechoso, fugitivo, testigo importante o persona desaparecida. En determinadas circunstancias, el Plan puede divulgar la PHI del Participante del Plan en respuesta a la solicitud de un funcionario de las fuerzas del orden 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 conducta criminal que ocurrió en las instalaciones del Patrocinador o del Plan.
 7. Fallecidos: El Plan puede divulgar la PHI a un médico forense, director de una funeraria o examinador médico con el fin de identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la 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, PHI a organizaciones que manejan la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

8. Investigaciones: el Plan puede usar o divulgar PHI para investigación, sujeto a ciertas condiciones limitadas.
9. Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad: el Plan puede divulgar PHI de acuerdo con la ley aplicable y los estándares de conducta ética, si el Plan, de buena fe, cree que el uso o la divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza a la salud o la seguridad de una persona o del público.
10. Compensación laboral: el Plan puede divulgar PHI cuando lo autorice y en la medida necesaria para cumplir con la compensación laboral u otros programas similares establecidos por ley.
11. Reclusos: el Plan puede divulgar PHI cuando a la institución correccional o al funcionario de las fuerzas del orden para: que la institución brinde cuidado de la salud al Participante del Plan; la salud y seguridad del Participante del Plan y la salud y seguridad de los demás; o la seguridad y protección de la institución correccional.
12. Seguridad nacional y militar: el Plan puede divulgar la PHI a autoridades militares del personal de las fuerzas armadas en determinadas circunstancias. Según lo autorice la ley, el Plan puede divulgar la PHI requerida para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional a funcionarios federales autorizados.
13. Situaciones de emergencia: el Plan puede divulgar 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 casos de desastre o cualquier otra persona previamente identificada por usted. El Plan utilizará el juicio profesional y la experiencia para determinar si la divulgación es lo mejor para el Participante del Plan. Si la divulgación es en el mejor interés del Participante del Plan, el Plan solo divulgará la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en la cuidado del Participante del Plan.
14. Actividades para recaudar fondos: el Plan puede divulgar PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación benéfica o una 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 tales comunicaciones en el futuro, o dejar de recibirlas.
15. Divulgaciones del plan de salud grupal: el Plan puede divulgar PHI a un patrocinador del plan de salud grupal, como un empleador u otra entidad, que brinda un programa de cuidado médico al Participante del Plan. El Plan puede divulgar PHI a esa entidad si esa entidad ha contratado al Plan para administrar el programa de cuidado de la salud del Participante del Plan en su nombre.
16. A los fines de suscripción: el Plan puede divulgar PHI con fines de suscripción, como para tomar una determinación sobre una solicitud o solicitud de cobertura. Si el Plan no divulga la PHI del Participante del Plan con fines de suscripción, el Plan tiene prohibido usar o divulgar en el proceso de suscripción la PHI que es información genética.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Usos y Divulgaciones de PHI que Requieren Autorización

1. Venta de PHI: el Plan solicitará una 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 una autorización por escrito para usar o divulgar PHI con 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 ofrece obsequios promocionales de valor nominal.
3. Notas de psicoterapia: El Plan solicitará una autorización por escrito para usar o divulgar cualquiera de las notas de psicoterapia del Participante del Plan que puedan estar archivadas con excepciones limitadas, como para ciertas funciones de tratamiento, pago u operación de cuidado médico.

Otros usos y divulgaciones de PHI que no se describen anteriormente se realizarán solo con autorización por escrito. Si el Participante del Plan proporciona al Plan dicha autorización, puede ser revocada por escrito y la revocación será efectiva para futuros usos y divulgaciones de PHI. Sin embargo, la revocación no será efectiva para la información que el Plan ya utilizó o divulgó, con base en la autorización.

Divulgaciones Requeridas de PHI

1. Divulgaciones a Participantes del Plan: el Plan está obligado a divulgar a un Participante del Plan la mayor parte de la PHI en un Conjunto de Registro Designado cuando el Participante del Plan solicita 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 un individuo calificado como representante personal, el Plan debe recibir documentación de respaldo 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 cree de manera razonable que el Participante del Plan ha sido o puede ser objeto de violencia intrafamiliar, abuso o negligencia por parte de dicha persona, no es en beneficio 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. Divulgaciones al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.: el Plan está obligado a divulgar la PHI del Participante del Plan al Secretario del Departamento de Salud y Recursos Humanos de los EE. UU. cuando el Secretario esté investigando o determinando el cumplimiento del Plan con la Regla de Privacidad de HIPAA.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

2. **Socios Comerciales:** el Plan contrata a personas y entidades (Socios Comerciales) para realizar diversas funciones en su nombre. En el desempeño de estas funciones o para prestar servicios, los Socios Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán o divulgarán PHI, pero solo después de que el Plan y el Socio Comercial acuerden por escrito los términos del contrato que requieren que el Socio 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 cuidado de la salud 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 cuidado médico. Por ejemplo, el Plan puede divulgar PHI a un Proveedor de cuidado médico cuando el Proveedor lo necesite para brindar tratamiento a un Participante del Plan, y el Plan puede divulgar PHI a otra entidad cubierta para realizar tareas administrativas de cuidado de la salud. El Plan también puede divulgar o compartir PHI con otras aseguradoras (como Medicare, etc.) para coordinar beneficios, si un Participante del Plan tiene cobertura a través de otra aseguradora,

Posible Impacto de Leyes Estatales

Las reglamentaciones de la Regla de Privacidad de la HIPAA generalmente no "suplantan" (o tienen prioridad sobre) la privacidad estatal u otras leyes aplicables que brindan a las personas mayores protecciones de la privacidad. Como resultado, en la medida en que se aplique la ley estatal, las leyes de privacidad de un estado en particular u otras leyes federales, en lugar de las reglamentaciones de la Regla de Privacidad de la HIPAA, podrían imponer un estándar de privacidad bajo el cual el Plan deberá operar. Por ejemplo, cuando se hayan promulgado tales leyes, el Plan seguirá leyes estatales de privacidad más estrictas que se relacionen con los usos y divulgaciones de la PHI en relación con el VIH o el SIDA, la salud mental, el abuso de sustancias/dependencia química, las pruebas genéticas, los 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 la divulgación de la PHI para operaciones de tratamiento, pago o cuidado médico. El Participante del Plan puede solicitar que el Plan restrinja las divulgaciones a miembros de la familia, parientes, amigos u otras personas identificadas por él/ella que estén involucradas en su cuidado o en el pago de su cuidado. 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 sobre su PHI de cierta manera o en un lugar determinado. La solicitud debe hacerse por escrito y de la manera en que le gustaría ser contactado al Participante del Plan. El Plan acomodará todas las solicitudes razonables.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

3. Copia de este Aviso: el Participante del Plan tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia impresa, comuníquese con el Coordinador de Cumplimiento de Privacidad.
4. Rendición de cuentas de divulgaciones: el Participante del Plan tiene derecho a solicitar una rendición de cuentas de las divulgaciones que el Plan ha hecho de su PHI. La solicitud debe hacerse por escrito y no se aplica a divulgaciones para tratamiento, pago, tareas administrativas de cuidado de la salud y ciertos otros fines. El Participante del Plan tiene derecho a dicha rendición de cuentas durante 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, la rendición de cuentas 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 del propósito de la divulgación que informe razonablemente al Participante del Plan sobre la base de la divulgación y cierta otra información. Si el Participante del Plan desea realizar una solicitud, comuníquese con el Coordinador de Cumplimiento de Privacidad.
5. Acceso: el Participante del Plan tiene derecho a solicitar la oportunidad de ver u obtener copias de la PHI mantenida por el Plan sobre él/ella en ciertos registros mantenidos por el Plan. Si el Participante del Plan solicita copias, se le puede cobrar una tarifa para cubrir los costos de copiar, enviar por correo y otros suministros. Para inspeccionar o copiar la PHI, comuníquese con el Coordinador de Cumplimiento de Privacidad. En circunstancias muy limitadas, el Plan puede denegar la solicitud del Participante del Plan. Si el Plan niega la solicitud, el Participante del Plan puede tener derecho a una revisión de esa denegación.
6. Enmienda: el Participante del Plan tiene derecho a solicitar que el Plan cambie o modifique su PHI. El Plan se reserva el derecho de exigir que esta solicitud sea por escrito. Envíe la solicitud al Coordinador de Cumplimiento de Privacidad. El Plan puede denegar la solicitud del Participante del Plan en ciertos casos, incluso si no es por escrito o si él/ella no brinda una razón para la 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 al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o al Plan. El Plan proporcionará al Participante del Plan la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. 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 EE. UU.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Información de contacto:

Información de contacto del Responsable de Cumplimiento de Privacidad:

c/o Privacy Compliance Officer

Provider Partners Health Plans

8820 Columbia 100 Parkway

Suite #430

Columbia, MD 21045

Línea gratuita: 1-833-213-0636

El horario de atención es las 24 horas al día, 7 días a la semana.

compliance@pphealthplan.com

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

Como miembro de Provider Partners Health Plans tiene derecho a obtener varios tipos de información de nosotros.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su cuidado médico

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de cuidado de la salud. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su cuidado médico. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su cuidado médico. Se le debe informar por adelantado si alguna cuidado médico o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse en caso de no poder tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su cuidado de la salud por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su cuidado médico en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **instrucciones por anticipado**. Los documentos, como el **testamento vital** y el **poder legal para el cuidado de la salud** son ejemplos de instrucciones por anticipado.

Cómo establecer instrucciones por anticipado:

- **Obtenga el formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones por anticipado de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos de oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones por anticipado de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Llene el formulario y fírmelo.** Independientemente del lugar en donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que será hospitalizado y ha firmado instrucciones por anticipado, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

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

Es su decisión completar un formulario de instrucciones por anticipado (incluso si desea firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle cuidado ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firmó un formulario de instrucciones por anticipados y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones contenidas en ella, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado utilizando la información de contacto que se proporciona a continuación:

- **ILLINOIS:** Departamento de Salud Pública de Illinois al 1-800-252-4343 o TTY 1-800-526-0844 o la oficina del Fiscal General de Illinois al 312-814-3000

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **INDIANA:** Departamento de Salud de Indiana al 1-800-382-9480 o 317-233-1325 o la oficina del Fiscal General de Indiana al 1-800-457-8283
- **KENTUCKY:** Departamento de Salud Pública de Kentucky al 1-800-372-00004 o TTY 1-800-627-4702 o la oficina del Fiscal General de Kentucky al 502-696-5300
- **MARYLAND:** Comisión de Atención Médica de Maryland al 1-877-245-1762 o TTY 1-800-735-2258 o la oficina del Fiscal General de Maryland al 1-877-261-8807
- **MISSOURI:** Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores de Missouri al 1-573-751-6400 o el Colegio de Abogados de Missouri al 1-573-635-4128
- **NORTH CAROLINA:** División de Regulación de Servicios de Salud de North Carolina al 1-800-624-3004 o 919-855-4500 o la oficina del Fiscal General de North Carolina al 919-716-6400
- **PENNSYLVANIA:** Departamento de Salud de Pennsylvania al 1-800-254-5164 o la oficina del Fiscal General de Pennsylvania al 1-717-787-3391
- **TEXAS:** En Texas, puede presentar una queja ante la oficina del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas al 1-888-963-7111, la Junta Médica de Texas al 512-305-7030 (fuera de Texas) o al 1-800-248-4062 (dentro de Texas), o la Oficina del Fiscal General de Texas al 512-463-2100.

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer.

Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarle con imparcialidad.**

Sección 1.7 Si cree que le están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para afrontar el problema:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** a los números proporcionados en la Sección 3 del Capítulo 2.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicio al Cliente de nuestro plan al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** a los números proporcionados en la Sección 3 del Capítulo 2.
- **Comuníquese con Medicare**
 - Visita es.medicare.gov para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: es.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para saber qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre los servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de salud o cobertura de medicamentos además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** En el Capítulo 1 tiene información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de cuidado de la salud que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía de nuestro plan cada vez que reciba cuidado médico o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo dándole información, haciendo preguntas y cumpliendo con su cuidado.**

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Para ayudar a obtener el mejor cuidado, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
- Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe pagar las primas de nuestro plan.
 - Debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
 - Si le corresponde pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos.
 - Si debe pagar el importe adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este importe directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio del plan, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).**

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para tratar problemas e inquietudes:

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

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo utiliza palabras más comunes en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o información adecuada, incluimos estos términos legales cuando brindamos detalles sobre cómo manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Llame a Servicio al

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

Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

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

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarle sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Consulte la información de contacto de SHIP en la Sección 3 del Capítulo 2.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite [es.Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso utilizar para su problema?

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

Esto incluye los problemas sobre si la cuidado médico (artículos o servicios médicos y/o medicamentos de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la cuidado médico.

Sí.

Consulte **la Sección 4: una guía para decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 10, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

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

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía para las decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y apelaciones se ocupan de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura para su cuidado médico (servicios y artículos médicos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general hacemos referencia a artículos y servicios médicos, y medicamentos de la Parte B de Medicare como **cuidado médico**. Usted usa el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si usted quiere saber si cubriremos el cuidado médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su cuidado médico. Por ejemplo, si su médico de la red de nuestro plan lo remite a un médico especialista dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, salvo que usted o su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar de este médico especialista o que la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca esté cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no tiene la certeza de si cubriremos un servicio médico en particular o se rehúsa a brindarle la cuidado médico que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuando se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué desestimamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que el cuidado médico no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está conforme, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. En determinadas circunstancias, puede solicitar una **apelación acelerada o rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, hacemos una revisión de la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Una vez completada la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimarán una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué desestimamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos toda o parte de su apelación de Nivel 1 para su cuidado médico, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 en manos una organización de revisión independiente que no tiene ninguna conexión con nosotros.

- Usted no tiene que hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de cuidado médico de Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** para obtener más información sobre apelaciones relacionadas con el cuidado médico de Nivel 2.
- Encontrará más información de la Parte D en la Sección 6.

Si no está conforme con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

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

Sección 4.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico.
- **Su médico puede presentar la solicitud en nombre de usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá estar designado como su representante. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de un Representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en <https://www.pphealthplan.com/about-medicare/appeals-organizational-determinations-coverage-determinations-grievances/>.)
 - Para cuidado médico o medicamentos 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 es denegada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o profesional que receta puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en nombre de usted.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuario de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario *Nombramiento de un Representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web <https://www.pphealthplan.com/about-medicare/appeals-organizational-determinations-coverage-determinations-grievances/>.) Este formulario le da permiso a esa persona para actuar en nombre de usted. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en nombre de usted. Tiene que darnos una copia del formulario firmado.

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

- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. A continuación se presentan los detalles de cada situación:

- **Sección 5:** Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto
- **Sección 8:** Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto (*Aplica únicamente a estos 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 [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

Si no está seguro de qué información le corresponde a usted, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

SECCIÓN 5 Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 En esta sección le indicamos qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para cuidado médico o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su cuidado

Sus beneficios de cuidado médico se describen en el Capítulo 4 de la tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección se le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera las siguientes situaciones:

1. No está recibiendo el cuidado médico que quiere y cree que está cubierto por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autoriza el cuidado de salud que su médico u otro proveedor médico quiere prestarle y usted cree que este tipo de cuidado tiene cobertura del plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió cuidado médico que cree que debería estar cubierto por nuestro plan, pero le dijimos que no lo pagaríamos. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó cuidado médico y cree que el plan debería cubrirlo, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de este cuidado. **Enviarnos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de cuidado médico que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para 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), consulte las Secciones 7 y 8. Se aplican reglas especiales a estos tipos de cuidado.

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

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Cuando una decisión de cobertura incluye su cuidado médico, se la denomina **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación rápida**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma en un plazo no mayor de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de preautorización, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida en general se toma en un plazo no mayor de 72 horas para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- *Solo* puede solicitar cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de usar a los plazos estándar podría perjudicar gravemente su salud o su capacidad de recuperar su función plena.

Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.

Si usted nos pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explique que utilizaremos los plazos estándar.
- Explique que si su médico pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
- Se explique cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

Paso 2: Pida 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 solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para el cuidado médico que desea recibir. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de cuidado médico y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo mayor de 7 días calendario después de que recibamos su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a sus reglas de preautorización. Si el artículo o servicio médico que solicitó no está sujeto a nuestras reglas de preautorización, le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. (Para obtener información sobre quejas, consulte la Sección 10).

Para las decisiones de cobertura rápida usamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le responderemos en un plazo no mayor de 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare.

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

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre quejas). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si denegamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué lo hicimos.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura de cuidado médico, puede apelar.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos reconsiderar la decisión. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de cuidado médico que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura relacionada con el cuidado médico se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración rápida**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar en general se hace dentro de los 30 días calendario o los 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida por lo general se hace dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidado que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 5.2.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.

- **Si está solicitando una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. En el Capítulo 2 está la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 está la información de contacto.

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

- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para hacerlo, explique el motivo del retraso cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Se nos permite cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos que se hayan seguidos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y podremos comunicarnos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas (o al final del período de extensión de tiempo si nos tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos automáticamente 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.

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

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final del período de extensión de tiempo), enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en la que será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo no mayor de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo no mayor de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Términos legales:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se llama **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente que Medicare contrata. No tiene ninguna conexión con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina **expediente de su caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.** Podemos cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede demorar hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento 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** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento 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 los motivos que la fundamentan.

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

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de cuidado médico en un plazo de **72 horas** o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de cuidado médico no se debe autorizar. (Esto se llama **ratificar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta donde:
 - Se explique su decisión.
 - Se le notifique sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de cuidado médico alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indique el valor monetario que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Se le explique cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea seguir adelante con su apelación

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea seguir adelante con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

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

Sección 5.5 Si nos pide que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por cuidado médico

En el Capítulo 7 se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si el cuidado médico que pagó está cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de cuidado médico.

- **Si aprobamos su solicitud:** Si el cuidado médico tiene cobertura y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo, normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero nunca en un plazo mayor de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado el cuidado médico, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si el cuidado médico *no* está cubierto o *no* siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos el cuidado médico y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. Para apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta que:

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos el 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 de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación****Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D**

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (En el Capítulo 5 tiene más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener información detallada sobre los medicamentos, reglas, restricciones y costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en el resto de esta sección nos referimos a *medicamento* en general en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento con receta de la Parte D*. También usamos el término lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal como se la extendieron, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D**Término legal:**

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera estas situaciones:

- Solicitar cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, preautorización o el requisito de probar otro medicamento primero). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**

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

- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya compró. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Solicitar una excepción**Términos legales:**

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o el profesional que receta tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada para recetar pueden pedirnos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si acordamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto al costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos.

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

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o el profesional que receta debe darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o del profesional que receta cuando pida la excepción.

La Lista de medicamentos normalmente incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación de cobertura acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las decisiones de cobertura estándar se toman en un plazo no mayor de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo no mayor **de 24 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

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

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándar podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted nos pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explique que si su médico o profesional que receta pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Le explique cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para el cuidado médico que desea recibir. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada 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 www.pphealthplan.com. En el Capítulo 2 está la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada para recetar) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en nombre de usted. En la Sección 4 de este capítulo se le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

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

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es la razón médica de la excepción. Su médico o el profesional que receta puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otro profesional que receta puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo no mayor de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.

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

- **Si denegamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué lo hicimos. Además, le diremos cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si denegamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos reconsiderar la decisión. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida se denomina **redeterminación rápida**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar en general se hace en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida por lo general se hace en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida

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

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o el profesional que receta tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que receta debe comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito** o llámenos. En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** (1-800-405-9681). En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada 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 www.pphealthplan.com/about-medicare/appeals-organizational-determinations-coverage-determinations-grievances/. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo no mayor de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para hacerlo, explique el motivo del retraso cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Se nos permite cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando evaluamos su apelación, hacemos otra revisión detenida de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos que se hayan seguidos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada para recetar para obtener más información.

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

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué lo hicimos y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué lo hicimos y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró.

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

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

- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué lo hicimos. Además, le diremos cómo apelar nuestra decisión.

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 se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se le denomina **IRE** (del inglés Independent Review Entity).

La organización de revisión independiente es una organización independiente que Medicare contrata. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada para recetar) debe contactarse con la organización de revisión independiente y solicitar la revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
 - **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **en riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. A esta información se la denomina **expediente de su caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.** Podemos cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido 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 una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de dicha organización.

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

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad** de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **ratificar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta donde:

- Se explique su decisión.
- Le informamos sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura del medicamento que está solicitando cumple con un mínimo determinado. Si el valor monetario de la cobertura de medicamento que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Se le indique el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea seguir adelante con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez del fuero administrativo o abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

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

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararle para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar el cuidado que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que sale el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que salga del hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días calendario de ingresar en el hospital, se le dará un aviso por escrito llamado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. El aviso le indica:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién los pagará ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier 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 cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de su alta para que cubramos su cuidado hospitalario durante más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en nombre de usted.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha del alta. Firmar el aviso **no significa que** usted esté de acuerdo con una fecha del alta.

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

3. Guarde su copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad del cuidado) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días calendario antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para ver una copia de este aviso con anticipación, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en Internet www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante un período más prolongado, utilice el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto de SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista de alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para el Mejoramiento de Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado médico a los que el Gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la cuidado que se presta a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

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

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare about Your Rights*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad *antes* de salir del hospital y **no más tarde de la medianoche del día del alta**.
 - **Si usted cumple con este plazo**, es posible que pueda permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagarlo* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo, póngase en contacto con nosotros**. Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes al cuidado hospitalario que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día siguiente de que se comuniquen con nosotros, le daremos un **Aviso Detallado del Alta**. En este aviso se le indica su fecha de alta planificada y se explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso Detallado del Alta** llamando a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver una muestra del aviso en Internet en www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.

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

- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día siguiente en que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le da su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tenga toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente dice la acepta, **debemos seguir proporcionando sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente la rechaza, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará** al mediodía del día *siguiente* en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad le dé la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que **deba pagar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para el Mejoramiento de Calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

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

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y solicite otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad **rechace** su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de cuidado de la salud.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad harán otra revisión tenida de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.***Si la organización de revisión independiente la acepta:***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos del cuidado hospitalario que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para el Mejoramiento de Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama ratificar la decisión.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

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

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si desea continuar con su apelación pasando al Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez del fuero administrativo o abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando está recibiendo **servicios cubiertos de asistencia médica a domicilio, cuidados en un centro de enfermería especializada o servicios de rehabilitación (Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de cuidado, siempre que sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de estos 3 tipos de cuidado para usted, estamos obligados a informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para ese cuidado, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su cuidado.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección se le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará 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 legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar cuidado médico.

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

1. Recibirá un aviso por escrito al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su cuidado. En el aviso se indica:

- La fecha en la que dejaremos de cubrir su cuidado.
- Cómo solicitar una apelación de tramitación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su cuidado médico durante un período de tiempo más largo.

2. Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió. Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender el cuidado.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado durante más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos su cuidado durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto de SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su cuidado es médicamente adecuada. La **Organización para el Mejoramiento de Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de cuidado médico. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

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

Paso 1: Haga su apelación de Nivel 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y pida una *apelación de tramitación rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se le vence el plazo y usted desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare*. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá la *Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura* donde se explica en detalle nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios.

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

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores la aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de asistencia médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la asistencia médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que su cobertura final.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y solicite otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días calendario** después de que la Organización para el Mejoramiento de Calidad *rechaza* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo el cuidado después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

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

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad harán otra revisión detenida de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.***¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la acepta?***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su cuidado durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por Juez de Derecho Administrativo o abogado mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si desea seguir adelante con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

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

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los 2 primeros niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle el cuidado médico en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el cuidado médico en cuestión.
- **Si el Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

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

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 su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el cuidado médico en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice que no a su apelación, en el aviso que reciba se 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 en el **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal del Distrito Federal.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un valor monetario determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor monetario es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

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

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los 2 primeros niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador** que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez del fuero administrativo o abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le indicará qué hacer para 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 su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5

Un juez en el **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

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

Presentar quejas

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

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	<ul style="list-style-type: none"> ¿No está conforme con la calidad del cuidado que recibió (incluso cuidado en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> ¿Alguien ha sido grosero o le ha faltado el respeto? ¿No está conforme con nuestro Servicio al Cliente? ¿Siente que le están animando a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado tiempo? ¿O por nuestro Servicio al Cliente u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> ¿No le dimos un aviso requerido? ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

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

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la <i>puntualidad</i> de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Ha pedido que le demos una <i>decisión de cobertura rápida o una apelación rápida</i>, y la hemos rechazado; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos 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 denomina **queja formal**.

Presentar una queja también se denomina **presentar una queja formal**.

Usar el proceso para quejas se denomina **usar el proceso para presentar una queja formal**.

Una **queja rápida** también se denomina **queja formal rápida**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** Si debe hacer algo más, Servicio al Cliente se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

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

- Puede presentar una queja formal rápida verbalmente o por escrito si no está de acuerdo con nuestra decisión de no realizar una determinación acelerada de organización/cobertura o una redeterminación/reconsideración acelerada. Puede presentar una queja formal rápida si no está de acuerdo con la decisión del plan de solicitar una extensión de catorce (14) días calendario para tomar una decisión sobre una determinación de la organización, determinación de cobertura, reconsideración, redeterminación o queja formal estándar. Puede solicitar una queja formal rápida comunicándose con Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El 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 lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de abril al 30 de septiembre.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema del que desea quejarse.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos lo antes posible.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad por el problema del que se queja, lo haremos incluir nuestras razones en nuestra respuesta a usted.

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

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado a la Organización para el Mejoramiento de Calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad del cuidado*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado médico a los que el Gobierno federal les paga por evaluar y mejorar el cuidado que se brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja a la Organización para el Mejoramiento de Calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informar a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Provider Partners Health Plans directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite es.medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Finalización de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 **Cómo cancelar su membresía en nuestro plan**

La cancelación de su membresía en Provider Partners Health Plans puede ser **voluntaria** (por su propia decisión) o **involuntaria** (no su propia decisión):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. En las Secciones 2 y 3 se proporciona información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. En la Sección 5 se describen situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si va a irse de nuestro plan, debemos continuar proporcionando su cuidado médico y medicamentos con receta y usted seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 **¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?**

Sección 2.1 **Puede cancelar su membresía en cualquier momento**

Usted puede cancelar su membresía en Provider Partners Health Plans en cualquier momento.

- Porque vive en un asilo de convalecencia, usted puede **cancelar su membresía** en Provider Partners Health Plans en cualquier momento.
- Si decide **cambiar 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.
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare,
 - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en nuestro plan

- Si elige esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más tarde.

- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar su plan.

Sección 2.2 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta acerca de cancelar su membresía puede:

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Buscar la información en el manual **Medicare y usted 2026**.
- O bien, llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se le cancelará automáticamente su inscripción en Provider Partners Health Plans cuando comienza la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original con un plan separado de medicamentos de Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Provider Partners Health Plans cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.

Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

- **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo.
- También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pregunte cómo cancelar la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Se le cancelará la inscripción en Provider Partners Health Plans cuando comience su cobertura en Medicare Original.

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

Hasta que su membresía finalice y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo productos y servicios médicos y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe usando los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.**
- **Continúe usando nuestras farmacias de la red o de pedido por correo para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Provider Partners Health Plans debe finalizar nuestra membresía del plan en determinadas situaciones

Provider Partners Health Plans debe cancelar su membresía en el plan en estas situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de 6 meses

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en nuestro plan

- Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- No cumple con los requisitos especiales de participación de nuestro plan
 - Vivir en un asilo de convalecencia disponible a través de nuestro plan.
 - **Tenga en cuenta que:** Si deja de cumplir los requisitos de participación, pero se puede esperar razonablemente a volver a cumplirlos en un plazo de 1 mes, entonces todavía califica para ser miembro de nuestro plan (Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de participación).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta sus requisitos de participación para nuestro plan. (No podemos hacer que salga de nuestro plan por esta razón a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si continuamente se comporta de manera perturbadora y nos dificulta brindarle cuidado médico a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que salga de nuestro plan por esta razón a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener cuidado médico. (No podemos hacer que salga de nuestro plan por esta razón a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector General investigue su caso.
- Si usted debe pagar un importe adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en nuestro plan

Sección 5.1 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Provider Partners Health Plans no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de comunicarle por escrito nuestros motivos para dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja formal o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normativas creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, 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 la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso al cuidado, llámenos a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudarle.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las normas de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462, del título 42 del CFR, Provider Partners Health Plans, como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a las normas de los CMS en los subapartados B a D de la parte 411 del título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Derechos de responsabilidad civil ante terceros y subrogación

Si le hacemos algún pago a usted o en su nombre por los servicios cubiertos, tenemos derecho a subrogarnos por completo en todos y cada uno de los derechos que tiene 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 otorgan al Programa de Medicare según las Reglas del pagador secundario de Medicare. Una vez que hayamos realizado un pago por los servicios cubiertos, tendremos un derecho de retención sobre el producto de cualquier sentencia, acuerdo u otra adjudicación o recuperación que reciba, incluidos, entre otros, los siguientes:

1. Cualquier adjudicación, liquidación, beneficios u otros montos pagados en virtud de cualquier ley o adjudicación de compensación laboral;
2. Todos y cada uno de los pagos realizados directamente por o en nombre de una entidad externa;
3. Cualquier laudo arbitral, pagos, acuerdos, acuerdos estructurados u otros beneficios o montos 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 acepta cooperar con nosotros y cualquiera de nuestros representantes y tomar las medidas o pasos necesarios para garantizar nuestro derecho de retención, incluidos, entre otros:

1. Responder a solicitudes de información sobre accidentes o lesiones;
2. Responder a nuestras solicitudes de información y proporcionar cualquier información relevante que hayamos solicitado; y
3. Participar en todas las fases de cualquier acción legal que comencemos para proteger nuestros derechos; incluyendo pero no limitado a participar en el descubrimiento, asistir a las deposiciones y comparecer y testificar en el juicio.

SECCIÓN 5 Aviso sobre recuperación del sobrepago

Si los beneficios pagados por esta Evidencia de Cobertura, más los beneficios pagados por otros planes, exceden la cantidad total de gastos, nuestro plan tiene derecho a recuperar la cantidad de ese pago en exceso de entre uno o más de los siguientes: (1) cualquier persona a quien o para quien se hayan realizado dichos pagos; (2) otros Planes; o (3) cualquier otra entidad a la que se hayan realizado dichos pagos. Este derecho de recuperación se ejercerá a discreción de nuestro plan. Deberá ejecutar todos los documentos y cooperar con Provider Partners Health Plans para garantizar su derecho a recuperar dichos sobrepagos, previa solicitud de Provider Partners Health Plans.

SECCIÓN 6 Información farmacéutica

Los nombres de los medicamentos que aparecen en este documento y en cualquier otro documento del Plan son los registrados o marcas comerciales no registradas de compañías farmacéuticas de terceros no relacionadas ni afiliadas a Provider Partners Health Plans. Incluimos estas marcas registradas aquí solo con fines informativos y no implican ni sugieren afiliación entre el patrocinador del plan y dichas compañías farmacéuticas de terceros.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro.

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de cuidado de la salud o medicamentos con receta o pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más del importe de costo compartido permitido por el plan. Como miembro de Provider Partners Health Plans, solo tiene que pagar los costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **facturen el saldo** o le cobren más del costo compartido que su plan dice que debe pagar.

Período de beneficios: la manera en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de los servicios hospitalarios y los servicios de un centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (o cuidado especializado en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficio. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a base de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros fármacos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares (consulte “**Producto Biológico Original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como los productos biológicos originales. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (Consulte “**Biosimilares intercambiables**”).

Capítulo 12 Definiciones

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento.

Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Etapas de Cobertura de Gastos Médicos Mayores: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado \$2.100 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Plan para Personas con Necesidades Especiales por Enfermedades Crónicas (C-SNP) –

Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas que cumplen los requisitos para MA que tienen enfermedades crónicas y graves específicas.

Coseguro: una cantidad que se le puede solicitar que pague, expresada como porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar los deducibles.

Queja: el nombre formal de presentar una queja es **presentar una queja formal**. El proceso de quejas se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los 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 sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, COF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago: un importe que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo \$10), en lugar de un porcentaje.

Capítulo 12 Definiciones

Costos compartido: se refiere a los importes que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es además de la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier importe deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier importe fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier importe de coseguro, un porcentaje del importe total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el importe, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de cuidado de la salud cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cuidado de custodia: es el cuidado personal brindado en un asilo de convalecencia, centro de cuidados paliativos u otro tipo de centro similar cuando usted no necesita cuidado médico especializado o cuidado de enfermería especializada. El cuidado de custodia que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y usar el baño. Puede incluir el tipo de cuidado relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por

Capítulo 12 Definiciones

la cantidad de días de un suministro para un mes. Por ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Deducible: es el importe que debe pagar por el cuidado de la salud o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Cargo de suministro: una tasa que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Planes de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y los requisitos de participación del individuo.

Persona con doble elegibilidad: persona que cumple los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, EMD): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Ejemplos: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé nonato), pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Cuidado de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa por un medicamento y usted quiere que eliminemos la restricción de criterios o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Ayuda Adicional: un programa 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 primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: es un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos porque tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y suele ser más económico.

Queja formal: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad del cuidado brindado. Esto no implica disputas de cobertura ni de pagos.

Auxiliar de asistencia médica a domicilio: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Cuidados paliativos: un beneficio que proporciona un trato especial a un miembro que haya sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un programa de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando se le ha ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.

Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados y modificados, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto importe, pagará

Capítulo 12 Definiciones

el importe estándar de la prima y un Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso, conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los gastos de su bolsillo para el año alcanzan el límite de gastos de su bolsillo.

Período de Inscripción Inicial: cuando cumple los requisitos para Medicare por primera vez, el período de tiempo en el que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. Si cumple los requisitos para 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, incluido el mes en que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan Institucional de Necesidades Especiales (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de cuidado que ofrece un establecimiento de salud, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos establecimientos de salud a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: Los SNP de equivalencia institucional (IE-SNP), los SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y los SNP institucionales dentro de un establecimiento de salud (FI-SNP).

Plan de Necesidades Especiales de Equivalencia Institucional (IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de cuidado que ofrece un establecimiento de salud.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (LIS) : consulte Ayuda Adicional.

Programa de descuento del fabricante: un programa en el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por medicamentos de marca cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Capítulo 12 Definiciones

Máximo de gastos de su bolsillo: lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red. Los importes que usted paga por su prima del plan, primas de Medicare Parte A y Parte B, y costos de medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para los máximo de gastos de su bolsillo.

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de cuidado médico están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias, por ejemplo, American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX..

Médicamente necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicare: el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: el período que va del 1 de enero al 31 de marzo cuando 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 elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare por separado 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 cumpla los requisitos por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**.

Capítulo 12 Definiciones

Plan Medicare Cost: un plan Medicare Cost 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 en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

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 cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en nuestra plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Espaciales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Medicare Parte D): seguro que le ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o un proveedor de cuidado médico para revisar los medicamentos.

Póliza Medigap (Seguro Complementario de Medicare): el Seguro Complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): una persona con Medicare que cumple los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Servicio al cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus quejas formales y sus apelaciones.

Capítulo 12 Definiciones

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: **proveedor** es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de cuidado médico que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de cuidados de la salud. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Período de Inscripción Abierta: el período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Medicare Original.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Medicare Original (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio): el plan Medicare Original es ofrecido por el Gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud los importes de pago establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado médico donde acepten Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del importe aprobado por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Capítulo 12 Definiciones

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propiedad ni están operados por nuestro plan.

Gastos de su bolsillo: consulte la definición de costo compartido arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de gastos de su bolsillo.

Límite de gastos de su bolsillo: el importe máximo que usted paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina apoyos y servicios médicos, sociales y a largo plazo (LTSS) para personas vulnerables de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un asilo de convalecencia) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un importe que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de una Organización de Proveedores Preferidos que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un importe de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los gastos directos de su bolsillo para

Capítulo 12 Definiciones

los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los gastos directos de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, a aseguradora o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Servicios preventivos: cuidado médico para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Médico de cuidado primario (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de cuidado primario antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.

Preautorización: preaprobación para obtener servicios y/o ciertos medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan preautorización están marcados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan preautorización están marcados en el formulario, y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

Prótesis y Ortesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, abrazaderas ortopédicas para los brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado médico a los que el Gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de un medicamento por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o aplicación informática donde los afiliados pueden buscar información de beneficios y formularios completos, precisos, oportunos, clínicamente apropiados y específicos del afiliado. Esto incluye importes de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma

Capítulo 12 Definiciones

afección que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Remisión: una orden escrita de su médico de cuidado primario para que visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Área de servicio: un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de enfermería especializada o rehabilitación especializada prestados todos los días en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de este tipo de cuidado incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Período de inscripción especial: un tiempo establecido en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un asilo de convalecencia o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan para Personas con Necesidades Especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona un cuidado de la salud más específico para determinados grupos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que viven en asilos de convalecencia y que tienen ciertas enfermedades crónicas.

Terapia escalonada: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Capítulo 12 Definiciones

Programa Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI):

un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios Requeridos de Urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dada su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

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. El 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 lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de abril al 30 de septiembre. Servicio al Cliente, al 1-800-405-9681, (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los siete días de la semana.
Fax	1-888-918-2989
Escriba a	Provider Partners Health Plans PO Box 21063 Eagan, MN 55121
Sitio web	www.pphealthplan.com

Los Programas Estatales de Asistencia con el Seguro de Salud son programas estatales que reciben dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a las personas con Medicare. La información de contacto del SHIP de cada estado se encuentra en la Sección 3 del Capítulo 2.

Declaración de Divulgación de la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos.

De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.