1 de enero – 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cubierta para 2027:

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

Este documento ofrece los detalles sobre su cubierta de salud y de medicamentos de Medicare y Medicaid desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdalo en un lugar seguro.**
Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender:

- Su prima del plan y el costo compartido
- Sus beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo contactarnos
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711). El horario es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Esta llamada es libre de cargos.

Este plan, *PMC Premier Platino,* es ofrecido por *MMM Healthcare, LLC.* (Cuando esta *Evidencia de Cubierta* dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa *MMM Healthcare, LLC.* Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa *PMC Premier Platino*)

Este documento está disponible gratis en inglés y español.

De solicitarse, esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo braille, letra agrandada, cintas de audio y otros formatos. Por favor, llame a nuestro número de Servicios al Afiliado si necesita información del plan en otro formato.

Los beneficios y/o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2028.

Nuestro formulario, red de farmacias y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá notificación sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

MMM Healthcare, LLC., es un plan HMO D-SNP con un contrato Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato.

Y0049_2027 1150 0004 1_C
MMM-PDG-MIS-728-063026-S

OMB Approval 0938-1444 (Expira: 31 de julio de 2029)

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como afiliado 5

SECCIÓN 1 Eres afiliado de *PMC Premier Platino* 5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6
SECCIÓN 3 Qué esperar cuando te unes por primera vez a nuestro plan 8
SECCIÓN 4 Materiales importantes de afiliación 9
SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027 11
SECCIÓN 6 Más información sobre la prima de su plan mensual 14
SECCIÓN 7 Manteniendo actualizado su expediente de afiliación del plan 15
SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 16

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 18

SECCIÓN 1 *PMC Premier Platino* Contactos 18
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 24
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro de Salud (SHIP) 25
SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la calidad (QIO) 26
SECCIÓN 5 Seguro social 27
SECCIÓN 6 Medicaid 28
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados 30
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) 31

CAPÍTULO 3: Uso de nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos 32

SECCIÓN 1 Cómo obtener cuidado médico y otros servicios como afiliado de nuestro plan 32
SECCIÓN 2 Use proveedores en la red de nuestro plan para recibir cuidado médico y otros servicios 34
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de cuidado 39
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos? 42
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 43
SECCIÓN 6 Reglas para obtener cuidado en una institución religiosa no médica 45
SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos 46

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga) 48

SECCIÓN 1 Cómo comprender sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos..... 48

SECCIÓN 2 La tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos 50

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de *PMC Premier Platino* 137

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 139

CAPÍTULO 5: Uso de la cubierta del plan para medicamentos de la Parte D..... 142

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cubierta de medicamentos de la Parte D de nuestro plan 142

SECCIÓN 2 Despache su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan..... 143

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la lista de medicamentos de nuestro plan 146

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cubierta 147

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría..... 149

SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año 151

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 153

SECCIÓN 8 Cómo despachar una receta 154

SECCIÓN 9 Cubierta de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 155

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos 156

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D 159

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D..... 159

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para afiliados *de PMC Premier Platino*..... 161

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra..... 162

SECCIÓN 4 No hay deducible para PMC Premier Platino 163

SECCIÓN 5 La etapa de cubierta inicial 164

SECCIÓN 6 La etapa de cubierta catastrófica..... 166

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D 166

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos 169

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos 169

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que pague una factura que recibió 172

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no 172

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 174

SECCIÓN 1 Nuestro plan tiene que honrar sus derechos y sensibilidades culturales 174

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como afiliado de nuestro plan 189

SECCIÓN 3 MMM Healthcare, LLC tiene un contrato con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) para proporcionar el Programa Medicare Platino. 190

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)..... 192

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud 192

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada..... 192

SECCIÓN 3 Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid..... 195

SECCIÓN 4 Qué proceso usar para su problema 195

SECCIÓN 5 Una guía para decisiones de cubierta y apelaciones 195

SECCIÓN 6 Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación 199

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación 210

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto 220

SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo servicios médicos específicos si cree que su cubierta está terminando demasiado pronto..... 225

SECCIÓN 10 Llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5 229

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 232

CAPÍTULO 10: Finalizar su afiliación en nuestro plan..... 236

SECCIÓN 1 Finalizar su afiliación en nuestro plan 236

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su afiliación en nuestro plan?..... 236

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su afiliación en nuestro plan 239
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su afiliación, tiene que seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 240
SECCIÓN 5 *PMC Premier Platino* tendrá que cancelar su afiliación del plan en situaciones específicas 241

CAPÍTULO 11: Avisos legales 243
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 243
SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación 243
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 245

CAPÍTULO 12: Definiciones 246

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como afiliado

SECCIÓN 1 Eres afiliado de *PMC Premier Platino*

Sección 1.1 Usted está afiliado en *PMC Premier Platino*, que es un plan de necesidades especiales de Medicare

Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades específicas y personas con enfermedad renal en etapa terminal (fallo renal).

- **Medicaid** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a algunas personas de ingresos y recursos limitados con sus gastos médicos. La cubierta de Medicaid varía dependiendo del estado donde vive y el tipo de plan Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también tienen cubierta para servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir la cubierta para medicamentos recetados y cuidado de salud de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, *PMC Premier Platino*. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso de proveedores en este plan son diferentes a los de Medicare Original.

PMC Premier Platino es un plan Medicare Advantage especializado (un plan de necesidades especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales en el cuidado de salud. *PMC Premier Platino* está diseñado para personas que tienen Medicare y tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Como usted recibe asistencia de Medicaid para su costo compartido de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coaseguros), es posible que no pague nada por sus servicios de Medicare. Medicaid también puede proporcionar otros beneficios al cubrir los servicios de cuidado de salud *y los medicamentos recetados* que generalmente no están cubiertos por Medicare. También puede obtener Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. *PMC Premier Platino* lo ayudará a manejar todos estos beneficios, para que obtenga los servicios de salud y la asistencia económica a los que tiene derecho.

PMC Premier Platino está dirigido por una compañía privada. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por

Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa Medicaid Puerto Rico para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle su cubierta de Medicare y Medicaid, incluida la cubierta de medicamentos.

Sección 1.2 Información legal sobre el *Evidencia de cubierta*

Esta *Evidencia de Cubierta* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *PMC Premier Platino* cubre su cuidado. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de afiliación, la *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario) y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cubierta o condiciones que afecten su cubierta. Estos avisos a veces se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en *PMC Premier Platino* entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año natural. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *PMC Premier Platino* después del 31 de diciembre de 2027. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y Medicaid (Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico) tienen que aprobar *PMC Premier Platino*. Puede continuar obteniendo cubierta de Medicare cada año como afiliado de nuestro plan siempre y cuando elijamos continuar ofreciendo nuestro plan y Medicare y Medicaid (Administración de Seguros Médicos de Puerto Rico) renueve la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área de servicio geográfica (descrita en la Sección 2.3). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si están físicamente ubicadas en ella.
- Es ciudadano o nacional de los Estados Unidos o un no ciudadano elegible.
- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben beneficios específicos de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y

estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, tiene que ser elegible tanto para Medicare como para Medicaid.

Nota: Si pierde la elegibilidad a Medicaid, pero se puede esperar razonablemente que la vuelva a obtener dentro de los próximos 6 meses, entonces aún es elegible para ser afiliado de nuestro plan. El Capítulo 4, Sección 2.1 le informa sobre la cubierta y el costo compartido durante este período.

Sección 2.2 Medicaid

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

Sección 2.3 Planificar el área de servicio para *PMC Premier Platino*

PMC Premier Platino solo está disponible para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo afiliado de nuestro plan, tiene que continuar viviendo en el área de servicio de nuestro plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes municipios de Puerto Rico:

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

Si planifica mudarse a un nuevo estado, también debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar cómo afectará esta mudanza a sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo afiliado de este plan. Llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período Especial de Afiliación para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante llamar al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY llamen al 1-800-325-0778).

Sección 2.4 Ciudadano o nacional estadounidense, o no ciudadano elegible

Tiene que ser ciudadano o nacional, o no ciudadano elegible para ser afiliado de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará *a PMC Premier Platino* si no es elegible para seguir siendo afiliado según este requisito. PMC Premier Platino tiene que cancelar su afiliación si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Qué esperar cuando te unes por primera vez a nuestro plan

Sección 3.1 Evaluación de riesgos para la salud

Al unirse a nuestro plan, recibirá una evaluación de riesgos para la salud (HRA, por sus siglas en inglés) dentro de los 90 días anteriores o luego de la fecha en que su afiliación se hace efectiva.

Debemos completar una HRA para usted. La HRA es la base para desarrollar su plan de cuidado. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud mental y funcionales, y determinantes sociales de la salud.

Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. Los intentos de completar la HRA se realizan por teléfono. También se puede realizar una HRA por correo, etc. Le enviaremos más información sobre esta HRA. Posteriormente, nos comunicaremos con usted anualmente para actualizar su información y determinar si sus necesidades han cambiado.

Sección 3.2 Equipo de cuidado y plan de atención

Un equipo de cuidado médico puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Este equipo puede incluir a su médico, un coordinador de cuidado, los especialistas que le atienden u otros profesionales de la salud que usted elija.

Usted trabaja con un equipo de cuidado para elaborar un plan de atención basado en sus preferencias. Un plan de atención le indica a usted, a sus médicos y a otros profesionales de la salud qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual y profesional de la salud que habitualmente le atiende (como, pero no limitado a, nutricionista, trabajador social, manejador de caso, etc.) u otros servicios.

Su plan de atención incluye:

- intervenciones individualizadas y actualizaciones del plan de cuidado, según sea necesario,
- intervenciones relacionadas con el proceso de transición tras una hospitalización,

- visitas domiciliarias del manejador de casos y un miembro del Equipo Interdisciplinario de Atención (ICT, por sus siglas en inglés), cuando sea factible,
- sus objetivos de cuidado médico, según su nivel de prioridad, y
- un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de cuidado médico se reúne con usted después de su evaluación de riesgos para la salud (HRA). Le preguntan sobre los servicios que necesita y le informan sobre los servicios que podría considerar. Su equipo de cuidado médico trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año o según sea necesario si hay algún cambio en su estado de salud.

SECCIÓN 4 Materiales importantes de afiliación

Sección 4.1 Nuestra tarjeta de afiliación del plan

Use su tarjeta de afiliado siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Ejemplo de tarjeta de afiliado:

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea afiliado de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de afiliado de *PMC Premier Platino*, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si nuestra tarjeta de afiliado del plan se daña, se pierde o es robada, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 4.2 Directorio de Proveedores y Farmacias

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* https://www.mmmpr.com/planes-medicos/proveedores-farmacias enumera los proveedores actuales de la red, farmacias y suplidores de equipo médico duradero.

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de cuidado médico que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. **Las farmacias de la red** son farmacias que aceptan surtir recetas cubiertas para los afiliados de nuestro plan. Use el *Directorio de Proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Tiene que usar proveedores de la red para obtener su cuidado médico, servicios y recetas. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios que se necesitan con 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 y los casos *en los que PMC Premier Platino* autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores, farmacias y suplidores en nuestra página de Internet es www.mmmpr.com.

Si no tiene un *Directorio de Proveedores* y Farmacias, puede solicitar una copia (electrónicamente o en papel) a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711). Los *Directorios de Proveedores y Farmacias en papel solicitados* se le enviarán por correo dentro de los 3 días laborables.

Sección 4.3 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (*también llamada Lista de medicamentos o formulario). Indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D en *PMC Premier Platino*. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos cumple con los requisitos de Medicare. Los medicamentos que aparecen bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de Medicamentos a menos que hayan sido eliminados o reemplazados como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de *PMC Premier Platino*.

La Lista de Medicamentos le indica si existen restricciones para la cubierta de un medicamento.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite https://www.mmmpr.com/planes-medicos/formulario-medicamentos o llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711).

SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Vaya a la Sección 4.1 para detalles.	**$0**
Cantidad máxima de bolsillo Este es el máximo que usted tendrá que pagar de su bolsillo por sus servicios cubiertos. (Vaya al Capítulo 4 Sección 1 para detalles).	**$3,250**
Visitas de cuidado primario	**$0 por visita**
Visitas a especialistas	**$0 por visita**
Estadías hospitalarias Incluye diversas estadías hospitalarias, como atención de agudos, rehabilitación y cuidados de larga duración. La estadía hospitalaria comienza el día en que se le admite formalmente mediante una orden médica y finaliza el día anterior a su alta.	**$0**
Cubierta de medicamentos de la Parte D (Vaya al Capítulo 6 para detalles, incluyendo las Etapas de Deducible Anual, Cubierta Inicial y Cubierta Catastrófica).	**Copago durante la etapa de cubierta inicial:** **Medicamentos cubiertos: $0 de copago** **Cubierta catastrófica:** **Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

Sección 5.1 Prima del plan

Usted no paga prima mensual aparte por *PMC Premier Platino*.

Sección 5.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos afiliados deben pagar otras primas de Medicare

Este plan reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare hasta **$29.**

A algunos afiliados se les requiere pagar otras primas de Medicare. Como se explica arriba en la Sección 2, para ser elegible para nuestro plan, tiene que mantener su elegibilidad para Medicaid, así como tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los afiliados de *PMC Premier Platino*, Medicaid paga su prima de la Parte A (si no cualifica para ella automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, tiene que continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo afiliado de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede pagar una prima por la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 5.3 Penalidad por afiliación tardía de la Parte D

Debido a que tiene doble elegibilidad, el LEP no se aplica siempre que mantenga su estado de doble elegibilidad, pero si pierde su estado de doble elegibilidad, puede incurrir en un LEP. La penalidad por afiliación tardía de la Parte D es una prima adicional que tiene que pagarse por la cubierta de la Parte D si en cualquier momento después de que finalice su período de afiliación inicial, hubo un período de 63 días o más seguidos en el que no tuvo la Parte D u otra cubierta de medicamentos acreditable. La cubierta acreditable de medicamentos recetados es una cubierta que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cubierta estándar de medicamentos de Medicare. El costo de la penalidad por afiliación tardía depende de cuánto tiempo pasó sin la Parte D u otra cubierta acreditable de medicamentos recetados. Generalmente, tendrá que pagar esta multa mientras tenga cubierta de la Parte D.

No tiene que pagar la penalidad por afiliación tardía de la Parte D si:

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos.
- Pasó menos de 63 días seguidos sin la Parte D u otra cubierta acreditable.
- Tenía cubierta de medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o Administración de Salud de Veteranos (VA)). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le dirá cada año si su cubierta de medicamentos es una cubierta acreditable. Puede obtener esta información en una carta o un boletín de ese plan. Guarde esta información, porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

    - **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cubierta acreditable de medicamentos recetados que se espera que pague tanto como paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
    - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y las páginas electrónicas para descuentos de medicamentos no son cubierta acreditable para medicamentos recetados.

Medicare determina la cantidad de la penalidad por afiliación tardía de la Parte D. Así es como funciona:

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que esperó para afiliarse en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para afiliarse. O cuente la cantidad de meses completos que no tuvo cubierta de medicamentos acreditable, si la interrupción en la cubierta fue de 63 días o más.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio del plan para los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2027, esta cantidad promedio de la prima es de $41.33.
- Para calcular su penalidad mensual, Medicare multiplica el número de los meses no cubiertos (porcentaje de la penalidad) por 1% de la prima base nacional del beneficiario y luego redondea la cantidad a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si usted pasa 14 meses sin cubierta de la Parte D u otra cubierta acreditable, la penalidad sería 14% por $41.33, lo que equivale a $5.7862. Esto se redondea a $5.79. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual del plan para alguien con una penalidad por afiliación tardía de la Parte D**.

Tres cosas importantes que debe saber sobre la penalidad mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- **La penalidad puede cambiar cada año,** porque la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Generalmente, continuará pagando una penalidad** todos los meses mientras esté afiliado a un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.

- Si tiene *menos de* 65 años y está inscrito en Medicare, la penalidad por afiliación tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su penalidad por afiliación tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cubierta después su período inicial de afiliación en Medicare.

Si no está de acuerdo con su penalidad por afiliación tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una reconsideración (apelación) de la penalidad. La reconsideración es llevada a cabo por una organización de revisión independiente que no tiene vínculos con nosotros. Por lo general, tiene que solicitar esta reconsideración **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba que indique que debe pagar una penalidad por afiliación tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, generalmente no tendrá otra oportunidad de solicitar una reconsideración de esa penalidad por afiliación tardía.

Sección 5.4 Ingreso bruto ajustado

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en sus ingresos, es posible que algunos afiliados deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como ingreso bruto ajustado modificado de la Parte D (IRMAA). El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si esta cantidad supera cierta cantidad, pagará la cantidad de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será esa cantidad adicional. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Jubilación Ferroviaria o la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo pague normalmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Tiene que pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga el IRMAA adicional, se cancelará su afiliación en nuestro plan y perderá la cubierta de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con el pago de un IRMAA adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY llamen al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 6 Más información sobre la prima de su plan mensual

Sección 6.1 La prima de su plan mensual no cambiará durante el año

No podemos cambiar la cantidad de la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigor el 1 de enero.

- Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una penalidad por afiliación tardía, si debe una, o es posible que deba comenzar a pagar una penalidad por afiliación tardía. Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la penalidad por afiliación tardía de la Parte D si se desafilia de su plan y pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cubierta acreditable de medicamentos.

Obtenga más información sobre la Ayuda adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 7 Manteniendo actualizado su expediente de afiliación del plan

Su expediente de afiliación tiene información de su formulario de afiliación, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cubierta específica de su plan, incluyendo su médico primario.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **usan su expediente de afiliación para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de sus costos compartidos**. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cubierta de salud que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación para trabajadores o Medicaid)
- Cualquier demanda de responsabilidad, como demanda por un accidente automovilístico
- Si es admitido en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No es necesario que informe a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna de esta información cambia, déjenos saber llamando a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711).

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

SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cubierta médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cubierta con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cubierta médica o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcto, no necesita hacer nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cubierta que no está en la lista, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711). Es posible que deba proporcionar nuestro número de identificación de afiliado del plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como la cubierta de salud grupal del empleador), las reglas de Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (el "pagador principal") paga hasta los límites de su cubierta. El seguro que paga en segundo lugar (el "pagador secundario") solo paga si hay costos que no cubren la cubierta principal. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican a la cubierta del plan de salud grupal del empleador o del sindicato:

- Si tiene cubierta para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cubierta de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un afiliado de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare según la edad, la discapacidad o la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
    - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted (o un afiliado de su familia) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluyendo seguros de autos).

- Responsabilidad (incluyendo seguros de autos).
- Beneficios de neumoconiosis.
- Compensación laboral.

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 *PMC Premier Platino* Contactos

Para obtener ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre tarjetas de afiliado, llame o escriba a Servicios al Afiliado de *PMC Premier Platino*. Con gusto le ayudaremos.

Servicios al Afiliado - Información de contacto	
Llame	787-620-2397 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son libres de cargo. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Servicios al Afiliado 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) también tienen servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son libres de cargo. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Escriba	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Servicios al Afiliado PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Dirección de correo electrónico: clientes@mmmhc.com
Internet	www.mmmpr.com

Cómo solicitar una decisión de cubierta o apelar sobre su atención médica

Una decisión de cubierta es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cubierta o sobre la cantidad que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cubierta. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cubierta o apelaciones sobre su cuidado médico o medicamentos de la Parte D, vaya al Capítulo 9.

Decisiones de cubierta para cuidado médico - Información de contacto	
Llame	787-620-2397 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son libres de cargo. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son libres de cargo. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	787-620-2388
Escriba	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Servicios al Afiliado PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Dirección de correo electrónico: clientes@mmmhc.com
Internet	www.mmmpr.com

Apelaciones de cuidado médico- Información de contacto	
Llame	787-620-2397 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son libres de cargo. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711

	Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son libres de cargo. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	787-625-3375
Escriba	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Apelaciones y Querellas PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Dirección de correo electrónico: clientes@mmmhc.com
Internet	www.mmmpr.com

Decisiones de cubierta para medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto	
Llame	787-620-2397 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son libres de cargo. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son libres de cargo. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	1-833-740-4081 para determinaciones de cubierta estándar 1-800-860-7235 para determinaciones de cubierta aceleradas
Escriba	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Servicios al Afiliado PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Dirección de correo electrónico: clientes@mmmhc.com
Internet	www.mmmpr.com

Apelaciones de medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto	
Llame	787-620-2397 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son libres de cargo. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son libres de cargo. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	787-620-2390
Escriba	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Apelaciones y Querellas PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Dirección de correo electrónico: clientes@mmmhc.com
Internet	www.mmmpr.com

Cómo presentar una queja sobre su cuidado médico

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de cubierta o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado médico, vaya al Capítulo 9.

Quejas sobre cuidado médico– Información de contacto	
Llame	787-620-2397 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son libres de cargo. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711

	Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son libres de cargo. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	787-625-3375
Escriba	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Apelaciones y Querellas PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Dirección de correo electrónico: clientes@mmmhc.com
Internet Medicare	Para enviar una queja sobre *PMC Premier Platino* directamente a Medicare, vaya a Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto	
Llame	787-620-2397 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son libres de cargo. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son libres de cargo. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	787-620-2390
Escriba	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Apelaciones y Querellas PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Dirección de correo electrónico: clientes@mmmhc.com
Internet Medicare	Para enviar una queja sobre *PMC Premier Platino* directamente a Medicare, vaya a Medicare.gov/my/medicare-complaint.

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

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

Si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Vaya al Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago de cuidado médico- Información de contacto	
Llame	787-620-2397 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son libres de cargo. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son libres de cargo. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Escriba	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Servicios al Afiliado PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Dirección de correo electrónico: clientes@mmmhc.com
Internet	www.mmmpr.com

Solicitudes de pago de medicamentos recetados - Información de contacto	
Llame	787-620-2397 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son libres de cargo. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.

	Las llamadas a este número son libres de cargo. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	1-833-740-4081
Escriba	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Farmacia PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Dirección de correo electrónico: clientes@mmmhc.com
Internet	www.mmmpr.com

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare – Información de contacto	
Llame	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son libres de cargo. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son libres de cargo.
Chat en vivo	Chatea en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Internet	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos que participen en Medicare u otros proveedores de cuidado de salud y suplidores.

	• Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes, inyecciones o vacunas, y visitas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de salud en el hogar, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidado prolongado. • Busque páginas electrónicas y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre *PMC Premier Platino*. **Para presentar una queja a Medicare,** vaya a Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En Puerto Rico, la SHIP se llama Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada.

La Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Los consejeros de la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros de la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada también pueden ayudarlo con preguntas o problemas de Medicare, ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada (SHIP en Puerto Rico): información de contacto	
Llame	787-721-6121 o 1-877-725-4300 1-800-981-0056 (Región de Mayagüez) 1-800-981-7735 (Región de Ponce) De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
TTY	787-919-7291 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Escriba	**Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada** **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** PO Box191179 San Juan, PR 00919-1179 shippr@oppea.pr.gov
Internet	www.oppea.pr.gov

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la calidad (QIO)

Una Organización de Mejoramiento de la Calidad (QIO) designada atiende a personas con Medicare en cada estado. Para Puerto Rico, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se llama Commence Health.

Commence Health, tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud quienes son pagados por Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Commence Health, es una organización independiente. No está conectado con nuestro plan.

Comuníquese con Commence Health, en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Los ejemplos de preocupaciones sobre la calidad de la atención incluyen obtener el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Cree que la cubierta de su estadía en el hospital está terminando demasiado pronto.
- Cree que la cubierta de su cuidado médico domiciliario, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (CORF), está terminando demasiado pronto.

Commence Health (Organización de Mejoramiento de la Calidad de Puerto Rico) – Información de contacto	
Llame	787-520-5743 1-866-815-5440 De lunes a viernes, 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 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Escriba	**BFCC-QIO Program** Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
Internet	https://www.commencehealthqio.cms.gov/en

SECCIÓN 5 Seguro social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar una cantidad adicional por la cubierta de medicamentos de la Parte D porque tiene un ingreso más alto. Si recibió una carta del Seguro Social diciéndole que tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Seguro Social – Información de contacto	
Llame	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son libres de cargo. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son libres de cargo.

	Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
Internet	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

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

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

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

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

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud (Programa Medicaid de Puerto Rico).

Departamento de Salud (programa Medicaid de Puerto Rico) – Información de contacto	
Llame	787-641-4224 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
TTY	787-625-6955 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Escriba	Estado Libre Asociado de Puerto Rico Departamento de Salud Programa Medicaid PO Box70184 San Juan, PR 00936-8184 prmedicaid2@salud.pr.gov
Internet	https://medicaid.pr.gov

La Oficina del Procurador del Paciente de Puerto Rico ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas relacionados con servicios o facturación. Pueden ayudarlo a presentar una queja o apelación ante el plan.

Oficina del Procurador del Paciente de Puerto Rico – Información de contacto	
Llame	787-977-0909 1-800-981-0031 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
TTY	787-710-7057 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Escriba	**Oficina del Procurador del Paciente de Puerto Rico** PO Box 11247 San Juan, PR 00910-2347 info@opp.pr.gov
Internet	https://www.oopp.pr.gov

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

Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada: información de contacto	
Llame	787-721-6121 o 1-877-725-4300 1-800-981-0056 (Región de Mayagüez) 1-800-981-7735 (Región de Ponce)

	De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
TTY	787-919-7291 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Escriba	**Oficina del Defensor del Pueblo para Personas Mayores** **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico** 191179 de apartados de correos San Juan, PR 00919-1179
Internet	www.oppea.pr.gov

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES): información de contacto	
Llame	787-474-3300 Opción 1 Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
TTY	787-474-3389 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Escriba	Administración de Seguros de Salud (ASES) PO Box 195661 San Juan, PR 00919-5661
Internet	https://www.asespr.org

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados

La página electrónica de Medicare (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre formas de reducir los costos de sus medicamentos recetados. Los programas a continuación pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

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

¿Qué pasa si tiene Ayuda Adicional y cubierta de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP cualifican para recibir ayuda para compartir los costos de medicamentos recetados a través del Programa Ryan White de la Parte B del Departamento de Salud de Puerto Rico.

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas tienen que cumplir con ciertos criterios, que incluyen comprobante de residencia en el estado y su condición de VIH, bajos ingresos según lo establece el estado, y no tener seguro médico, o tener una cubierta limitada. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 787-765-2929 extensiones 5106, 5113, 5115, 5116, 5117, 5119, 5121, 5135, 5136, 5137, 5138 y 5149.

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si obtiene Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) - Información de contacto	
Llame	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son libres de cargo. Presione "0" para hablar con un representante de RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 m. los miércoles. Presione "1" para acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluyendo fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número *no* son libres de cargo.
Internet	https://RRB.gov

CAPÍTULO 3: Uso de nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Cómo obtener cuidado médico y otros servicios como afiliado de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre el uso de nuestro plan para cubrir su cuidado médico y otros servicios. Para obtener detalles sobre qué cuidado médico y otros servicios nuestro plan cubre y cuánto paga cuando recibe cuidado, vaya a la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- **Los proveedores** son médicos y otros profesionales de la salud con licencia del estado para brindar servicios y cuidado médico. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de cuidado médico.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de cuidado médico que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su cantidad de costo compartido como pago total. Hicimos arreglos para que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por el cuidado que le brindan. Cuando ve a un proveedor de la red, usted no paga nada o paga solo su parte del costo por los servicios cubiertos.
- **Los servicios cubiertos** incluyen todo el cuidado médico, los servicios de cuidado médico, los suplidos, los equipos y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para el cuidado médico se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para su cuidado médico y otros servicios para estar cubierto por nuestro plan

Como plan de salud de Medicare y Medicaid, *PMC Premier Platino* tiene que cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Medicare Original, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

PMC Premier Platino generalmente cubrirá su cuidado médico siempre que:

- **El cuidado que recibe se incluye en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan en el** Capítulo 4.
- **El cuidado que recibe se considera médicamente necesario**. Médicamente necesario significa que los servicios, suplidos, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de cuidado primario de la red (un PCP) que brinda y supervisa su cuidado.** Como afiliado de nuestro plan, tiene que elegir un PCP de la red (vaya a la Sección 2.1 para obtener más información).
  - En la mayoría de las situaciones, el PCP de la red debe darle su aprobación por adelantado (un referido) antes de que pueda usar otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado médico domiciliario. Para obtener más información, vaya a la Sección 2.3.
  - No necesita referencias de su PCP para atención de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de cuidado que puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP, vaya a la Sección 2.2.
- **Tiene que recibir 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 forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierto. Esto significa que debe pagar al proveedor en su totalidad por los servicios que recibe. Aquí hay 3 excepciones:
  - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios que necesita con urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué significa servicios de emergencia o de necesidad urgente, vaya a la Sección 3.
  - Si necesita cuidado médico que Medicare o Medicaid requieren que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener este cuidado de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Deberá obtener la autorización del plan antes de buscar cuidado. En esta situación, cubriremos estos servicios como si recibiera el cuidado de un proveedor de la red *O* sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, vaya a la Sección 2.4.
  - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporeramente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o es inaccesible temporeramente. El costo compartido que paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser más alto que el costo compartido en Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y

recibe diálisis de un proveedor 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 temporeramente y elige obtener servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use proveedores en la red de nuestro plan para recibir cuidado médico y otros servicios

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

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

- **¿Qué es un PCP?**

  Cuando usted se afilia a nuestro plan, tiene que elegir a un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un médico que cumple con los requisitos estatales y está adiestrado para brindarle cuidado médico básico. Como explicamos a continuación, usted obtendrá su cuidado de rutina o básico de su PCP. Su PCP le brindará la mayoría de su cuidado y le ayudará a planificar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtendrá como afiliado de nuestro plan.

- **¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?**

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

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

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

  Su PCP está adiestrado para darle cuidado médico básico. Su PCP proporcionará la mayor parte de su cuidado y ayudará a gestionar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como afiliado de nuestro plan. Esto incluye rayos X, pruebas de laboratorio, terapias, cuidado de médicos que sean especialistas, admisiones a hospitales y cuidado de seguimiento.

- **¿Cuál es el rol del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?**

  "Coordinar" sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su cuidado y cómo este progresa. Si necesita algunas clases de servicios o suplidos cubiertos, tiene que obtener aprobación por adelantado (obtener un referido) de su PCP.
- **¿Cuál es el papel del PCP en la toma de decisiones u obteniendo autorización previa?**

  En algunos casos, su PCP tendrá que obtener preautorización (aprobación previa) de nosotros. Como su PCP proporcionará y coordinará su cuidado médico, debe enviarle a su oficina todos sus expedientes médicos anteriores. Si no tiene un referido (aprobación por adelantado) antes de recibir servicios de un especialista, podría tener que pagar por estos servicios de su bolsillo. Si el especialista recomienda que usted vuelva para recibir más cuidado, verifique antes y asegúrese de que el referido (aprobación por adelantado) que obtuvo de su PCP para la primera visita cubra más visitas al especialista.

¿Cómo elige al PCP?

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

Cómo cambiar de PCP

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

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

Cuidado en un Período de Transición: Si el contrato de su proveedor es cancelado, el plan le notificará dentro de 30 días naturales antes de la fecha de cancelación. Usted podría continuar recibiendo beneficios del mismo proveedor durante un período de transición de 90 días. Favor de comunicarse con el plan para más información.

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

Sección 2.2 Cuidado médico y otros servicios que puede obtener sin un referido del PCP

Puede obtener los servicios que se enumeran a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Cuidado de salud de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos, siempre que se los realice un proveedor de la red.
- Vacunas contra la influenza, COVID-19, hepatitis B y pulmonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- Los servicios cubiertos por el plan que se necesitan con urgencia son servicios que requieren cuidado médico inmediato (pero no una emergencia) si se encuentra temporeramente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de condiciones 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 la red de nuestro plan no está disponible temporeramente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporeramente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera.
- Tratamientos para condiciones especiales según lo determine la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico una vez que haya sido diagnosticado y haya recibido servicios para estas condiciones:
  - VIH/SIDA
  - Tuberculosis
  - Lepra
  - Lupus eritematoso sistémico (LES)
  - Fibrosis quística
  - Cáncer
  - Hemofilia
  - ESRD = > Niveles 3, 4 y 5
  - Esclerosis múltiple y esclerosis lateral amiotrófica (ELA)

  - Esclerodermia
  - Hipertensión pulmonar
  - Anemia aplásica
  - Artritis reumatoide
  - Autismo
  - Cáncer de piel: carcinoma IN SITU
  - Cáncer de piel: melanoma invasivo o células escamosas con evidencia de metástasis
  - Adultos con fenilcetonuria
  - Hepatitis C crónica
  - Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) Clase III y IV - NHHA en un candidato potencial para trasplante de corazón
  - Discinesia ciliar primaria (DCP) / Síndrome ciliar inmóvil / Síndrome de Kartagener
  - Enfermedad inflamatoria intestinal (EII): enfermedad de Chron; Colitis ulcerosa y colitis microscópica.
  - Post-trasplante
- Visitas o tratamientos de un especialista que se ha convertido en su PCP, como resultado de una condición de salud grave, crónica y recurrente
- Visitas al ginecólogo/obstetra y urólogo
- Laboratorios de patología
- Evaluaciones iniciales de cardiólogo, gastroenterólogo, endocrinólogo, oftalmólogo, neumólogo, ortopeda, reumatólogo y psiquiatra
- Visitas o tratamientos por parte del especialista si pertenece a una red de proveedores de IPA
- Receta escrita por el especialista que lo atiende
- Pruebas preventivas
- Visitas al dentista y al optómetra
- Vacunas preventivas
- Radiología

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de cuidado médico para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con condiciones cardíacas
- Los ortopedas atienden a pacientes con ciertas condiciones óseas, articulares o musculares
- **¿Cuál es el rol (si corresponde) del PCP en el referido de afiliados a especialistas y otros proveedores?**

  Su PCP lo ayudará a encontrar el tipo adecuado de especialista del plan para tratar su condición. Tiene que obtener la aprobación de su PCP para ver a un especialista del plan. Si no tiene un referido (aprobación por adelantado) antes de recibir servicios de un especialista, es posible que deba pagar por los servicios.
- **¿Para qué servicios necesitará el PCP obtener la autorización previa del plan?**

  Cuando va a ver a un proveedor especialista del plan y el médico necesita realizar ciertas pruebas o cirugías, el médico primero tiene que recibir una autorización previa de nuestro plan. El médico es responsable de obtener la autorización previa para usted. Los requisitos de autorización previa y/o referido para cada servicio se enumeran en su Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Puede comunicarse con Servicios al Afiliado para obtener más información.
- Si cambia de PCP, no estará limitado a especialistas y hospitales específicos a los cuales ese PCP refiere.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, tiene estos derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas cualificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
  - Si su proveedor de cuidado primario o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
  - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe cuidado de ellos o si lo visitó en los últimos 3 meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor cualificado 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 continuar recibiendo cuidado.
- Le daremos información sobre los períodos de afiliación disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no está disponible o es inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores pero a los costos compartidos dentro de la red. Deberá obtener la autorización del plan antes de buscar cuidado.
- Si descubre que su médico o especialista está dejando nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para administrar su cuidado.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor cualificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado ante la QIO, una queja sobre la calidad del cuidado a nuestro plan o ambas (vaya al Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener cuidado de proveedores fuera de la red

En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *Aquí hay tres excepciones:*

- El plan cubre la atención de emergencia o la atención urgente que recibe de un proveedor fuera de la red.
- El plan cubre los servicios de diálisis para los afiliados con ESRD que viajen fuera del área de servicio del plan y no pueden acceder a los proveedores contratados para ESRD.
- Si necesita cuidado médico que Medicare requiere que nuestro plan cubra y no tenemos proveedores disponibles en nuestra red para brindar el servicio, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red. Deberá obtener la autorización del plan antes de buscar cuidado. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera el cuidado de un proveedor de la red.

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

Sección 3.1 Busque cuidado si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren cuidado médico inmediato para evitar la pérdida de su vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o 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 una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No necesita obtener primero la aprobación o un referido de su PCP. No es necesario que use un médico de la red. Puede obtener cuidado médico de emergencia cubierto cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red. Nuestro plan cubre cuidado mundial de emergencia y servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos bajo las siguientes circunstancias: Si presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de vida, pérdida de salud, pérdida de una extremidad o para recuperar el funcionamiento máximo de una extremidad que se encuentre en grave peligro. Sus síntomas podrían ser a causa de una enfermedad, lesión, dolor severo o una condición médica que empeora rápidamente.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su cuidado de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su cuidado de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llame a Servicios al Afiliado a los números que figuran al final de este documento.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier 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 cuándo su condición es estable y cuándo termina la emergencia médica.

Una vez que termine la emergencia, tiene derecho a recibir cuidado de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y hagan planes para recibir atención adicional. Su cuidado de seguimiento estará cubierto por nuestro plan.

Si su cuidado de emergencia es proporcionado por proveedores fuera de la red, intentaremos hacer arreglos para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Y si no fuera una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede acudir a atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir

que no fue una emergencia médica después de todo. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que razonablemente pensara que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su cuidado.

Sin embargo, después de que el médico diga que no fue una emergencia, cubriremos el cuidado adicional *solo* si recibe el cuidado adicional de una de estas 2 maneras:

- Usted acude a un proveedor de la red para obtener el cuidado adicional.
- El cuidado adicional que recibe se considera servicios que se necesitan con urgencia y sigue las reglas a continuación para obtener este cuidado de urgencia.

Sección 3.2 Reciba cuidado cuando tenga una necesidad urgente de servicios

Un servicio que requiere cuidado médico inmediato (pero que no es una emergencia) es un servicio que se necesita con urgencia si se encuentra temporeramente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de condiciones existentes. Sin embargo, 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 temporeramente.

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

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

Nuestro plan cubre cuidado mundial de emergencia y servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos bajo las siguientes circunstancias: Si presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de vida, pérdida de salud, pérdida de una extremidad o para recuperar el funcionamiento máximo de una extremidad que se encuentre en grave

peligro. Sus síntomas podrían ser a causa de una enfermedad, lesión, dolor severo o una condición médica que empeora rápidamente.

Sección 3.3 Obtenga cuidado durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir cuidado de nuestro plan.

Visite www.mmmpr.com para obtener información sobre cómo obtener el cuidado necesario durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda obtener sus recetas en una farmacia fuera de la red. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5.

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 los 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. Vaya al Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

PMC Premier Platino cubre todos los servicios médicamente necesarios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan que no son servicios de emergencia ni servicios urgentemente necesarios, 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 de beneficios, también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Para los beneficios definidos con límites de cantidad o monto máximo en dólares, el costo que pague por esos beneficios, una vez alcance el límite, no contará para el máximo de los 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 llamado *ensayo clínico*) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidado médico, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su cuidado (cuidado que no está relacionado con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos dice que está en un ensayo clínico cualificado, solo es responsable del costo compartido dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad del costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionar documentación para mostrarnos cuánto pagó.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cubierta para el desarrollo de evidencias (NCD-CED, por sus siglas en inglés) y estudios de excepción a los dispositivos de investigación (IDE, por sus siglas en inglés). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Si bien no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio no aprobado por Medicare, 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 inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluyen:

- Alojamiento y comida para una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio.

- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones del nuevo cuidado.

Después de que Medicare pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como afiliado de nuestro plan. Esto significa que pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, tiene que presentar documentación que demuestre cuánto costo compartido pagó. Vaya al Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

> *Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico:* Supongamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos de esta prueba es de $20 bajo Medicare Original, pero la prueba sería de $10 bajo nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por la prueba y usted pagaría el copago de $20 requerido por Medicare Original. Notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico cualificado y enviaría documentación (como una factura de proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan le pagaría directamente $10. Esto hace que su pago neto por la prueba sea de $10, la misma cantidad que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes**:

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted no estuvo en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos y no utilizados en su cuidado médico directo. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte de un estudio si su condición médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.
- Artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para las personas en el ensayo.

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

Obtenga más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare and Clinical Research Studies,* disponible en Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener cuidado en una institución religiosa no médica

Sección 6.1 Una institución religiosa de cuidado médico no médica

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

Sección 6.2 Cómo obtener cuidado de una institución de cuidado médico religiosa no médica

Para recibir cuidado de una institución de cuidado médico religiosa no médica, tiene que firmar un documento legal que diga que se opone concienzudamente a recibir un tratamiento médico que no esté **exceptuado**.

- **El cuidado o el tratamiento médico no exceptuado** es cualquier cuidado o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no sea requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- **El tratamiento médico exceptuado** es el cuidado médico o el tratamiento que recibe que *no es* voluntario o *que es requerido* por las leyes federales, estatales o locales.

Para estar cubierto por nuestro plan, el cuidado que recibe de una institución religiosa de cuidado médico no médica tiene que cumplir con las siguientes condiciones:

- La facilidad que brinda el cuidado tiene que estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre *aspectos no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Tiene que tener una condición médica que le permita obtener servicios cubiertos para cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados o cuidado en un centro de enfermería especializada.
  - *– y – tiene que obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de* ser admitido en la facilidad, o su estadía no estará cubierta.

La cubierta de beneficios hospitalarios para pacientes hospitalizados para este plan es ilimitada. Para obtener más información, consulte el Beneficio hospitalario para pacientes hospitalizados de Medicare en la Tabla de beneficios médicos incluida en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 No será propietario de ningún equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suplidos para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para que los afiliados las usen en el hogar. El afiliado siempre posee algunos artículos de DME, como prótesis. Usted tiene que alquilar otros tipos de DME.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar los copagos por el artículo durante 13 meses. **Como afiliado de *PMC Premier Platino*, por lo general no obtendrá la propiedad de los artículos de DME alquilados, sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea afiliado de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME bajo Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo DME. Llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) para más información.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por equipos médicos duraderos si se cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la propiedad del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para ser propietario del artículo DME. Los pagos que realizó mientras estaba afiliado en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare Original no cuentan. Tendrá que realizar 13 pagos a nuestro plan antes de adquirir el artículo.

Ejemplo 2: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para ser dueño del artículo una vez que se reincorpore a Medicare Original. Cualquier pago que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suplidos y mantenimiento.

Si cualifica para la cubierta de equipos de oxígeno *de Medicare, PMC Premier Platino* cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno

- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubería y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si deja *PMC Premier Platino* o ya no necesita equipo de oxígeno médicamente, el equipo de oxígeno tiene que ser devuelto.

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

Medicare Original requiere un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del costo compartido que aplique por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por quedarse con la misma compañía o ir a otra compañía. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si se queda con la misma compañía, nuevamente debe pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si te unes o abandonas nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga)

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

La Tabla de beneficios médicos enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como afiliado de *PMC Premier Platino*. Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Costos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos.

Los tipos de costos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos incluyen:

- **Copago:** la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coaseguro:** el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coaseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coaseguro).

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

Nota: Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos afiliados alcanzan este máximo de gastos de bolsillo.

Los planes Medicare Advantage tienen límites en la cantidad que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina cantidad máxima de desembolso (MOOP) para servicios médicos. **Para el año natural 2027, la cantidad del MOOP es $3,250.**

Las cantidades que paga por los copagos y el coaseguro por los servicios cubiertos cuentan para esta cantidad máxima de desembolso. Las cantidades que paga por las primas del plan y los medicamentos de la Parte D no cuentan para su cantidad máxima de desembolso. Si alcanza la

cantidad máxima de desembolso de $3,250, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos. Sin embargo, tiene que continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como afiliado de *PMC Premier Platino*, tiene una protección importante porque solo tiene que pagar la cantidad de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, llamados **facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e 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 fija de dólares, por ejemplo, $15.00), usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coaseguro 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 que participa con Medicare, paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe un referido o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe un referido o para emergencias o servicios de necesidad urgente fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711).

No permitimos que los proveedores le facturen por los servicios cubiertos. Pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711).

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

La Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes enumera los servicios *que PMC Premier Platino* cubre y lo que paga de su bolsillo por cada servicio (la cubierta de medicamentos de la Parte D está en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen estos requisitos:

- Sus servicios cubiertos por Medicare y Medicaid tienen que proporcionarse de acuerdo con las pautas de cubierta de Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluido el cuidado médico, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, su plan de cuidado coordinado de MA tiene que proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún curso activo de tratamiento, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe cuidado de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierto a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le haya dado un referido. Esto significa que usted paga al proveedor en su totalidad por los servicios fuera de la red que recibe.
- Tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) que brinda y supervisa su cuidado. En la mayoría de las situaciones, su PCP tiene que darle su aprobación por adelantado (un referido) antes de que pueda ver a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en negrita en la Tabla de beneficios médicos. Estos servicios que no figuran en la Tabla de Beneficios Médicos también requieren autorización previa:
    1. Procedimientos comúnmente realizados en el consultorio médico, pero los médicos requieren realizarlos en un centro (como el Centro de Cirugía Ambulatoria o en un Hospital). Además, los procedimientos que se realizan comúnmente en centros ambulatorios pero que el médico requiere que sea como una admisión aguda en hospital.
    2. Servicios de monitoreo remoto de un médico o cualquier otro proveedor clínico.
    3. Procedimientos que son de naturaleza cosmética pero que los necesita por razones médicas. (Si no hay necesidad médica de estos servicios y en su lugar se realizan

para mejorar la forma en que se ve estos servicios están excluidos de su cubierta de beneficios).

4. Todos los trasplantes de córnea y órganos mayores (pulmón, corazón, médula ósea, intestino, hígado, páncreas, riñón). Su médico debe comenzar el proceso de preautorización tan pronto usted decida proceder con el procedimiento.
5. Servicios de diagnóstico o tratamiento:
   - Es posible que determinados servicios de diagnóstico y tratamientos requieran preautorización, incluidas ciertas terapias de infusión, tratamientos inyectables y otros servicios, según lo determinen las Políticas Médicas aplicables. Los requisitos de preautorización se basan en la necesidad médica y en otros criterios clínicos.
6. Radiologías: CT/CTA, MRI/MRA
7. *Pet Scans*
8. Ciertos procedimientos cardiovasculares electivos incluyendo desfibriladores (implantado o externo)
9. Algunas pruebas de patología o de laboratorio que sean moleculares.
10. Servicios de salud conductual (salud emocional o mental) incluyendo las pruebas neurológicas, hospitalizaciones parciales, programas de tratamientos intensivos a nivel ambulatorio o cualquier servicio o evaluación.
11. Medicamentos de la Parte Médica
    - Ciertos medicamentos cubiertos por el beneficio médico pueden requerir preautorización cuando se administran en el hogar, en la oficina de su médico, en una instalación ambulatoria o en otro entorno autorizado. Las decisiones sobre la cubierta se basan en las políticas médicas aplicables, la necesidad médica y los criterios clínicos.
12. Medicamentos cubiertos por el beneficio de farmacia
    - Ciertos medicamentos cubiertos por el beneficio de farmacia pueden requerir preautorización (PA), terapia escalonada (ST), límites de cantidad (QL) u otros requisitos de gestión de la utilización. Los medicamentos sujetos a estos requisitos se identifican en la lista de medicamentos del plan (formulario).

- Si su plan de atención coordinada proporciona 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 atención de acuerdo con los criterios de cubierta aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cubierta:

- Está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Medicare cubre el cuidado médico y los medicamentos recetados. Medicaid cubre su costo compartido para los servicios de Medicare, incluido el costo compartido de los medicamentos recetados.

Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención dental preventiva, planificación familiar, entre otros.

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Para obtener más información sobre la cubierta y los costos de Medicare Original, consulte su *manual Medicare y usted 2027*. Véalo en línea en Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos cubiertos sin costo por Medicare Original, también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o monitoreo por una condición médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención que recibió para la condición médica existente.
- Si Medicare agrega cubierta para cualquier servicio nuevo durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Este plan cubre Medicare, Medicaid y beneficios suplementarios adicionales. Los beneficios de Medicaid se describen en la tabla de beneficios a continuación, tenga en cuenta que todos los servicios están cubiertos sin costo compartido.
- Si pierde su elegibilidad a Medicaid pero se espera que la recuperará en un plazo de 6 meses, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, **continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el Plan Estatal de Medicaid**. Las cantidades de costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y suplementarios de Medicare no cambian durante este período. Para determinar si usted es elegible para Medicaid, puede presentar su solicitud en línea en https://medicaid.pr.gov, llamando al Centro de Llamadas del Programa Medicaid de Puerto Rico al (787) 641-4224 o (787) 625-6955 (TTY/TDD), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., o en persona visitando una de sus oficinas.

Información importante sobre beneficios para afiliados con condiciones crónicas

- Si le diagnostican alguna de las condiciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos.
    - *Dependencia crónica del alcohol u otro tipo de droga, Desórdenes autoinmunes (Poliarteritis nodosa, Polimialgia reumática, Polimiositis, Dermatomiositis, Artritis reumatoide, Lupus eritematoso sistémico, Artritis psoriásica, Esclerodermia), Cáncer, Desórdenes cardiovasculares (Arritmias cardíacas, Enfermedad de las arterias coronarias, Enfermedad vascular periférica, enfermedad cardíaca valvular, hiperlipidemia), Fallo cardíaco crónico, Demencia, Diabetes mellitus, Prediabetes (Glucemia en ayunas: 100-125 mg/dL o Hgb A1C: 5,7-6,4%), Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico (hiperlipidemia), Desórdenes gastrointestinales crónicos (Enfermedad hepática crónica, Enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA), Hepatitis B, Hepatitis C, Pancreatitis, Síndrome del intestino irritable, Enfermedad*

inflamatoria intestinal), Enfermedad renal crónica (ERC) (Enfermedad renal crónica que requiere diálisis/Enfermedad renal terminal (ERT), (ERC) que no requiere diálisis), Desórdenes hematológicos severos (anemia aplásica, hemofilia, púrpura trombocitopénica inmune, síndrome mielodisplásico, enfermedad de células falciformes (excluyendo el rasgo de células falciformes (SCT), desorden tromboembólico venoso crónico), VIH / SIDA, Desórdenes pulmonares crónicos (asma, bronquitis crónica, fibrosis quística, enfisema, fibrosis pulmonar, hipertensión pulmonar, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)), Condiciones discapacitantes crónicas de salud mental (desórdenes de bipolaridad, desórdenes de depresión mayor, paranoia, esquizofrenia, desorden esquizoafectivo, trastorno de estrés postraumático (PTSD), desórdenes alimentarios, desórdenes de ansiedad), Desórdenes neurológicos (Esclerosis lateral amiotrópica (ALS)), Parálisis Cerebral, Epilepsia, Parálisis extensiva (como hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia), Enfermedad de Huntington, Esclerosis múltiple, Enfermedad de Parkinson, Polineuropatía, Fribomialgia, Síndrome de fatiga crónica, Lesiones de la médula espinal, Estenosis espinal, Deficiencias neurológicas relacionadas con un accidente cerebrovascular (ACV), Traumatismo craneoencefálico), Derrame cerebral, Cuidado postrasplante de órganos, Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores, Condiciones que pueden causar deterioro cognitivo (Enfermedad de Alzheimer, Discapacidades intelectuales y del desarrollo, Traumatismos craneoencefálicos, Enfermedad mental discapacitante asociada con el deterioro cognitivo, Deterioro cognitivo leve), Condiciones que pueden causar dificultades funcionales similares y requerir servicios similares (Lesiones de la médula espinal, Parálisis, Pérdida de extremidades, Accidente cerebrovascular, Artritis), Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato, Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven su funcionamiento, Otros (hipertensión, osteoporosis, dolor de espalda crónico, entre otros).

- Usted debe tener una de las condiciones antes mencionadas, también debe tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud; y debe requerir coordinación de cuidados intensivos. Corroboraremos su condición y validaremos su elegibilidad. Recuerde que usted debe mantenerse como afiliado del plan y cumplir con todos los criterios de elegibilidad antes mencionados para continuar siendo elegible a estos beneficios. Si usted es un afiliado actual, se confirmará su condición y los criterios de elegibilidad con la información que tenemos en nuestro sistema que lo hacen elegible. Llame al plan si tiene preguntas.

- Para obtener más detalles, vaya a la fila de *Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos* en la Tabla de Beneficios Médicos a continuación.
- Contáctenos para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios Médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que paga
Detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta evaluación si tiene ciertos factores de riesgo y si recibe un referido de su médico, asistente médico (PA), enfermera practicante (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).	No hay coaseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para esta evaluación preventiva.
Acupuntura para dolor crónico de espalda baja Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor crónico de espalda baja se define como: • Con una duración de 12 semanas o más; • No específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.); • No relacionado con cirugía; y • No relacionado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento tiene que interrumpirse si el paciente no mejora o retrocede. **Requisitos del proveedor:** Los médicos pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.	Servicios de acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda cubiertos por Medicare **$0** de copago Servicios de acupuntura suplementario **$0** de copago

Servicio cubierto	Lo que paga
Los asistentes médicos (PA), las enfermeras practicantes (NP) / especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • una maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura tiene que estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP / CNS requerido por nuestras regulaciones. **Acupuntura – Suplementario** Usted es elegible para: • Hasta **seis (6)** visitas de rutina por año para servicios de acupuntura, con una cantidad máxima de beneficio del plan de hasta **$500** por año. • **Requiere referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Terapias alternativas - Suplementario Usted es elegible para: • Hasta doce **(12)** visitas para servicios de naturópata.	Terapias alternativas suplementario **$0** de copago

Servicio cubierto	Lo que paga
• **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala rotatoria y terrestre, hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención si se brindan a un afiliado cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si lo autoriza nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del afiliado es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. • **Reglas de autorización aplican, excepto para la atención de emergencia.**	Ambulancia de emergencia **$0** de copago por día de servicio, independientemente del número de viajes. Ambulancia que no es de emergencia **$0** de copago por día de servicio, independientemente del número de viajes.
Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede tener una visita anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su *visita preventiva de Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de *Bienvenido a Medicare* para que se le cubran las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No hay coaseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.

Servicio cubierto	Lo que paga
Medición de masa ósea Para las personas cualificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para determinar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coaseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre las edades de 35 y 39 • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses	No hay coaseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los afiliados que cumplen con ciertas condiciones y con un referido médico. Nuestro plan cubre estos programas integrales si usted ha padecido al menos una de estas condiciones: • Ataque cardíaco en los últimos 12 meses • Cirugía de bypass (puente) coronario • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de válvulas cardíacas	Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare **$0** de copago Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare **$0** de copago

Servicio cubierto	Lo que paga
• Angioplastia coronaria (procedimiento médico para abrir una arteria obstruida) o colocación de stent coronario (procedimiento para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o de corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de la cubierta: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede realizar 2 sesiones por día (de 1 hora de duración cada una) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si reúne los requisitos, es posible que pueda obtener otras 36 sesiones, las cuales pueden distribuirse a lo largo de un período de tiempo más extenso. • **Requiere referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (tratamiento para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico primario para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable.	No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares	No hay coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.

Servicio cubierto	Lo que paga
Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	
Detección de cáncer de cuello uterino y vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal o si está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años	No hay coaseguro, copago ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna para corregir una subluxación vertebral **Servicios quiroprácticos - Suplementario** También es elegible para: • **Hasta seis (6)** visitas por año para servicios quiroprácticos suplementarios, con una cantidad máxima de beneficio del plan de hasta **$750** por año. • **Requiere referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare **$0** de copago por visita Servicios quiroprácticos suplementario **$0** de copago por visita
Detección de cáncer colorrectal	No hay coaseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su

Servicio cubierto	Lo que paga
Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección anterior. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal y se cubre cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubierta de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente se sometió a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última colonografía por sigmoidoscopia flexible o tomografía computarizada.	médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

Servicio cubierto	Lo que paga
• Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años de edad y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extirpación de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con, como resultado y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	
Servicios dentales 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 un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica de un afiliado. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o los	Servicios dentales cubiertos por Medicare **0%** de coaseguro Servicios dentales preventivos y diagnósticos: Exámenes orales **0%** de coaseguro Profilaxis (limpieza) **0%** de coaseguro Tratamiento con fluoruro **0%** de coaseguro

Servicio cubierto	Lo que paga
exámenes orales que preceden al trasplante de un órgano. Además, nosotros cubrimos: **Servicios Dentales cubiertos por Medicare** Servicios cubiertos por Medicare, como algunos servicios dentales que recibe cuando está en un hospital si necesita procedimientos dentales complicados o de emergencia. **Servicios de diagnóstico y prevención:** Algunos servicios pueden requerir pre-autorización o reporte. Los servicios diagnósticos y preventivos estarán cubiertos de acuerdo con lo requerido por el Programa Medicaid de Puerto Rico. El límite máximo anual del plan no aplicará a los servicios diagnósticos, preventivos, ni para los servicios requeridos por el Programa Medicaid de Puerto Rico. **Servicios Dentales Comprensivos – Suplementarios** Este plan tiene un límite de hasta **$2,000** por año para los siguientes servicios dentales comprensivos suplementarios: • Servicios Restaurativos • Servicios de Prostodoncia • Servicios Generales Auxiliares (La cantidad del límite máximo del plan no aplicará a los servicios diagnósticos y preventivos, servicios cubiertos por Medicare, ni para los servicios cubiertos por Medicaid). El afiliado será responsable de cualquier costo que exceda la cantidad del límite máximo del plan establecido por año. El afiliado y el proveedor tienen que conocer su	Radiografías dentales **0%** de coaseguro Servicios diagnósticos **0%** de coaseguro Servicios dentales comprensivos suplementarios: Servicios suplementarios de restauración: Postes y muñones y/o coronas individuales **0% de coaseguro** Otros servicios restaurativos **0% de coaseguro** Endodoncia **0% de coaseguro** Extracciones **0% de coaseguro** Cirugía oral y maxilofacial **0% de coaseguro** Servicios de prostodoncia suplementario **0% de coaseguro** Servicios generales auxiliares **$0** de copago

Servicio cubierto	Lo que paga

balance disponible antes de solicitar cualquier servicio. El afiliado puede verificar su balance llamando a Servicios al Afiliado o accediendo a la Aplicación Móvil MMM. Por favor, vea los detalles sobre los límites y exclusiones aplicables a continuación:
Servicios restaurativos:
• Poste y núcleo, adicional a la corona– Cubierto uno (1) por año, por diente, por vida.
• Reconstrucción de muñón, incluyendo los pasadores cuando sea necesario, cubierto cada dos (2) años.
• Se cubre una (1) corona por año. El reemplazo de coronas individuales cubierto cada cinco (5) años por diente con documentación de justificación requerida (“by report”), si se necesita.
  o Corona – Resina
  o Corona – Porcelana fundida en metal noble
  o Corona – Porcelana fundida en metal altamente noble
  o Corona – Porcelana/cerámica
Las coronas provisionales están cubiertas una (1) por diente cada cinco (5) años.
Las carillas están cubiertas una (1) por diente cada cinco (5) años.
Las restauraciones de resina y/o amalgama seguidas de un servicio de corona en menos de tres (3) meses, en el mismo diente, se considerarán incluidas como parte del pago de la corona definitiva.
La recementación de coronas y postes está limitada para el pago a uno (1) por diente,	

Servicio cubierto	Lo que paga
por vida, después de seis (6) meses de la cementación inicial. Los servicios mencionados arriba están cubiertos hasta la cantidad del límite máximo del plan establecido para el año, el afiliado será responsable de cualquier costo que exceda esta cantidad. Los servicios y materiales no mencionados no están cubiertos por el plan. • **Reglas de autorización aplican para coronas individuales.** **Servicios de prostodoncia:** <u>Prostodoncia removible:</u> • Dentadura completa y parcial removible en resina o dentadura parcial en metal con base en resina (1 por arco: maxilar y/o mandibular), o dentadura parcial en base flexible (1 por arco: maxilar y/o mandibular) cada cinco (5) años. Las dentaduras en base flexible (termoplásticas) no están cubiertas para las dentaduras completas. La prótesis completa está limitada por cualquier otra prótesis removible y viceversa, porque se considera una prótesis final. Por ejemplo: prótesis dentales parciales con base de resina, estructura de metal colado de resina o base flexible y/o prótesis dentales inmediatas. • Servicios de reparación de dentaduras en metal y/o con base en resina, incluyendo servicios relacionados con la reparación de dentaduras completas o parciales existentes,	

Servicio cubierto	Lo que paga

serán cubiertos después de seis (6) meses de la fecha de inserción.
 	
Reajuste de dentaduras completas cubierto uno (1) por dentadura cada 5 años, después de 6 meses a partir de la fecha de inserción. Incluye todos los ajustes necesarios dentro de los 6 meses posteriores a la fecha de inserción. No cubierto ajuste, rebase, reparaciones, reajuste o reemplazo de retenedores para dentadura parcial en base flexible (Valplast®). Una prótesis removible puede tardar hasta 90 días para la adaptación de la misma. Si presenta alguna molestia, **se recomienda** consultar con su proveedor dental antes de presentar una queja.
 	
Los servicios mencionados arriba están cubiertos hasta la cantidad del límite máximo del plan establecido para el año, el afiliado será responsable de cualquier costo que exceda esta cantidad. Todos los demás servicios de prótesis dental no están cubiertos. Los servicios y materiales que no se mencionan anteriormente no están cubiertos por el plan.
 	
<u>Dentaduras fijas</u>
• Pónticos y retenedores para coronas- hasta cuatro **(4)** unidades de dentadura fija al año, cubierto uno (1) por diente de por vida.
  ○ Retenedor de corona: porcelana fundida en metal altamente noble
  ○ Retenedor de corona: fundido en metal noble
  ○ Retenedor de corona: porcelana/cerámica
  ○ Póntico: porcelana fundida en metal altamente noble	

Servicio cubierto	Lo que paga
o Póntico: porcelana fundida en metal noble o Póntico: Porcelana/cerámica Para la aprobación del pago, se tiene que enviar radiografías previas y posteriores junto a la firma del afiliado y del dentista. La anestesia local se considera parte de los procedimientos de prótesis fijas. Los servicios mencionados arriba están cubiertos hasta la cantidad del límite máximo del plan establecido para el año, el afiliado será responsable de cualquier costo que exceda esta cantidad. Los servicios y materiales que no se mencionan anteriormente no están cubiertos por el plan. <u>Implantes:</u> Hasta un **(1)** implante cubierto por año. • La colocación quirúrgica del cuerpo del implante, el implante endoóseo y la cirugía de implante de segunda etapa están cubiertos uno (1) por diente por vida. La segunda fase de exposición del implante no puede ser pagada el mismo día de servicio de la colocación del implante. • Corona de porcelana apoyada sobre pilares (metal noble y/o metal altamente noble). • Corona de porcelana/cerámica apoyada sobre pilares. • Corona de porcelana soportada por implante (cerámica). • Las dentaduras completas y parciales soportadas por implantes están	

Servicio cubierto	Lo que paga
cubiertas una (1) por arco, cada cinco (5) años, y se limitan entre sí. Las coronas sobre implantes están cubiertas una (1) por diente cada cinco (5) años con la justificación adecuada. Los servicios de implantes solo estarán cubiertos cuando los realice un proveedor certificado. Todos los pilares están cubiertos uno (1) por diente de por vida. La construcción de una dentadura postiza removible completa o parcial sobre un implante incluye todos los procedimientos, técnicas y materiales. También incluye todos los ajustes, reparaciones y sobrecostos hasta seis (6) meses después de la fecha de inserción. Los servicios mencionados arriba están cubiertos hasta la cantidad del límite máximo del plan establecido para el año, el afiliado será responsable de cualquier costo que exceda esta cantidad. El injerto óseo o el aumento de senos nasales no están cubiertos. No se aceptarán mini implantes como parte de las cubiertas de implantes. Los servicios que no se mencionan anteriormente no están cubiertos por el plan. • **Reglas de autorización aplican para los servicios de prostodoncia**	
Servicios generales auxiliares Anestesia bajo sedación profunda cubierta. Se cubren los primeros quince (15) minutos y tres (3) incrementos adicionales de quince (15) minutos para un total de sesenta (60) minutos en combinación por día de servicio.	

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de sedación profunda son aplicables para pago cuando se realizan los siguientes servicios: • Colocación quirúrgica del cuerpo del implante, implante endóseo • Extracción quirúrgica de diente saliente o raíz residual • Remoción de dientes impactados – en tejido blando • Remoción de dientes impactados – parcial o completamente – en hueso • Remoción de raíces dentales residuales • Remoción de torus palatino, torus mandibular y remoción de exostosis **Reglas de autorización aplican para los servicios de sedación profunda.** Los servicios y materiales que no se mencionan anteriormente no están cubiertos por el plan. MMM no será responsable y no aceptará ni pagará ningún tratamiento dental o trabajo dental realizado directamente por un técnico de laboratorio dental. Esto se considera una práctica dental ilegal. Para obtener más información sobre su cubierta dental, comuníquese con Servicios al Afiliado.	
Detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La evaluación tiene que realizarse en un entorno de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o referidos.	No hay coaseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.

Servicio cubierto	Lo que paga
Detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para hasta 2 exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No hay coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Adiestramiento para el automanejo de la diabetes, servicios y suplidos para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios de insulina y no insulina), los servicios cubiertos incluyen: • Suplidos para controlar su glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen una enfermedad grave del pie diabético: un (1) par por año natural de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas provistas con dichos zapatos) y dos (2) pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres (3) pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas provistas con dichos zapatos) incluyendo el ajuste.	Adiestramiento para el automanejo de la diabetes, servicios y suplidos para diabéticos **$0** de copago Servicios y suplidos de diabetes y zapatos terapéuticos o plantillas **0%** de coaseguro

Servicio cubierto	Lo que paga
• El entrenamiento para el autocontrol de la diabetes bajo ciertas condiciones.	
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3) Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suplidos para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede pedirlo especialmente para usted. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Beneficios cubiertos por Medicare: Suplido de equipo médico duradero **0%** de coaseguro Silla de ruedas **0%** de coaseguro Cama de hospital uso en el hogar **0%** de coaseguro Silla de rueda motorizada **0%** de coaseguro Otro equipo médico duradero **0%** de coaseguro Su costo compartido para la cubierta del equipo de oxígeno de Medicare es **0%** de coaseguro, todos los meses. Su costo compartido no cambiará después de que estés inscrito durante 36 meses.
Cuidado de emergencia El cuidado de emergencia se refiere a los servicios que son: • Proporcionados por un proveedor cualificado para ofrecer servicios de emergencia • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que	Servicios de emergencia cubiertos por Medicare **$0** de copago para la visita a la sala de emergencias Servicio de emergencia mundial suplementario **$75** de copago para la visita a la sala de emergencias No se cobra el copago si ingresa al hospital

Servicio cubierto	Lo que paga
requieren cuidado médico inmediato para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente. 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. Este plan incluye visitas de cuidado de emergencia/urgencia en todo el mundo como un beneficio suplementario, con un límite máximo del plan de **$500**.	Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado hospitalario después de que se estabilice su condición de emergencia, tiene que trasladarse a un hospital de la red para que su cuidado continúe estando cubierto *O* tiene que recibir su cuidado hospitalario en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Beneficio de Acondicionamiento Físico - Suplementarios
Usted es elegible para:
• Hasta **$200** cada mes, que se utilizará para la compra de los siguientes artículos cubiertos por el catálogo OTC:
  ○ Pedales de ejercicio físico
  ○ Correas elásticas
Este es un beneficio combinado con una cantidad máxima de beneficio único y compartido para OTC, dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño y beneficio de acondicionamiento físico (solo artículos de ejercicio físico). Pueden aplicarse límites de cantidad de artículos en cada categoría.
	Beneficio de acondicionamiento físico suplementario
	$0 de copago

Programas de educación sobre salud y bienestar Estos son programas enfocados en condiciones de salud como presión arterial alta, colesterol, asma y dietas especiales. Los	Servicios de programas de educación sobre salud y bienestar **$0** de copago

Servicio cubierto	Lo que paga
programas diseñados para enriquecer la salud y el estilo de vida de los afiliados incluyen control de peso, estado físico y manejo del estrés. Este plan cubre los siguientes beneficios de educación sobre salud / bienestar: • Línea directa de enfermería. Disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. • Materiales escritos de educación para la salud. • Adiestramiento nutricional.	
Servicios de audición Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por el proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor cualificado. **Servicios de audición - Suplementarios** También es elegible para: • Hasta **$2,500** cada tres **(3)** años para ser usados para la compra de aparatos auditivos para ambos oídos-combinados; • Un **(1)** ajuste/evaluación de aparato auditivo suplementario por año. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Servicios de audición cubiertos por Medicare **$0** de copago Beneficio de audífonos suplementarios **$0** de copago Servicio suplementario de evaluación de ajuste de aparatos auditivos **$0** de copago
Detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o tienen un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos:	No hay coaseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para la prueba preventiva del VIH cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga
• Un examen de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 exámenes de detección durante un embarazo.	

Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño: suplementarios
Usted es elegible para:
• Hasta **$200** cada mes para ser utilizado en la compra de los siguientes artículos cubiertos por el catálogo OTC:
  ○ Alfombra de baño médica
  ○ Asiento de inodoro elevado
  ○ Cabezal de ducha de mano
  ○ Alcanzador
  ○ Luz nocturna
 	
Este es un beneficio combinado con una cantidad máxima de beneficio único y compartido para OTC, dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño y beneficio de acondicionamiento físico (solo artículos de ejercicio físico). Pueden aplicarse límites de cantidad de artículos en cada categoría.
	Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño
	$0 de copago

Servicios de salud en el hogar ofrecidos por agencias de cuidado de salud Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico tiene que certificar que necesita servicios de salud en el hogar y ordenará que los servicios de salud en el hogar sean proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Tiene que estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo.	Servicios recibidos en una agencia de cuidado médico domiciliaria **$0** de copago

Servicio cubierto	Lo que paga
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y asistente de salud en el hogar a tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos por el beneficio de cuidado médico en el hogar, sus servicios combinados de enfermería especializada y asistente de salud en el hogar tienen que sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suplidos médicos • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión domiciliaria incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suplidos (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de cuidado • Adiestramiento y educación del paciente que no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para el suministro de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en	Terapia de infusión en el hogar **0%** de coaseguro

Servicio cubierto	Lo que paga
el hogar proporcionados por un proveedor cualificado de terapia de infusión en el hogar • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Cuidados de hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidados en el hogar Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, tiene que continuar pagando las primas del plan. **Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que están relacionados con su diagnóstico terminal:** Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por *PMC Premier Platino*. Las consultas de hospicio se incluyen como parte del cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados. Los médicos pueden solicitar consultas ambulatorias.

Servicio cubierto	Lo que paga
terminal. Mientras esté en el programa de cuidado de hospicio, su proveedor de cuidados de hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que paga Medicare Original. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original. **Para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare no relacionados con su diagnóstico terminal:** Si necesita servicios que no sean de emergencia ni urgentes cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no estén relacionados con su diagnóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga la cantidad de costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido de Medicare Original **Para los servicios cubiertos por *PMC Premier Platino* pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare:** *PMC Premier Platino* continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga la cantidad de costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de hospicio terminal, usted paga los costos compartidos. Si están relacionados con su condición de hospicio terminal, usted paga el	

Servicio cubierto	Lo que paga
costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, vaya al Capítulo 5, Sección 9.4). **Nota:** Si necesita cuidados que no sean de hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio.	
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la influenza/gripe, una vez cada temporada de influenza/gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la influenza/gripe si es médicamente necesario • Vacunas contra la hepatitis B, si nunca ha recibido la serie completa, desconoce su historial de vacunación o tiene alguna otra condición que haga que sea riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cubierta de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Vaya al Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información.	No hay coaseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19.

Servicio cubierto	Lo que paga
Cuidado hospitalario Incluye hospitalización aguda, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidado prolongado y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados comienza el día en que ingresa formalmente al hospital con una orden médica. El día antes de que le den de alta es su último día de hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas que incluyen dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suplidos médicos y equipos quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y recuperación • Terapia física, ocupacional y del habla y el lenguaje • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de	Servicios recibidos en un hospital de la red **$0** de copago por admisión o estadía Servicios recibidos en UNIDAD DORADA **$0** de copago por admisión o estadía Si recibe cuidado hospitalario autorizado en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que paga
trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por ir localmente siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si *PMC Premier Platino* brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de cuidado para trasplantes en su comunidad y elige recibir trasplantes en este lugar distante, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cubierta de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Tiene que pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año natural o hacer que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos comenzando con la primera pinta. • Servicios médicos **Nota:** Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor tiene que escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información de la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios*	

Servicio cubierto	Lo que paga
de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048. • **Reglas de autorización aplican; excepto en caso de emergencia.**	
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de salud mental que requieren hospitalización. • El plan cubre hasta 190 días de por vida para el cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. • El límite de cuidado hospitalario psiquiátrico para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios mentales para pacientes hospitalizados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Nuestro plan cubre 90 días para una estadía hospitalaria como paciente hospitalizado. • Además, nuestro plan cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "extra" que cubrimos. Si su estadía en el hospital es superior a 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cubierta hospitalaria para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días. • **Reglas de autorización aplican; excepto en caso de emergencia.**	Servicios recibidos en un hospital psiquiátrico dentro de la red **$0** de copago por admisión o estadía

Servicio cubierto	Lo que paga
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una hospitalización no cubierta El plan cubre un número ilimitado de días para una estadía hospitalaria como paciente hospitalizado y hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF). Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos • Exámenes diagnósticos (como pruebas de laboratorio). • Rayos X, radioterapia y terapia de isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Prótesis y dispositivos ortopédicos (no dentales) que reemplacen todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluyendo el tejido continuo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno permanentemente inoperante o que presenta un mal funcionamiento, incluyendo el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. • Aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello, bragueros	Servicios médicos Consulte la sección "Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas a la oficina médica" en esta tabla. Servicios de diagnóstico y radiología, vendajes quirúrgicos y férulas Consulte la sección "Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos" en esta tabla. Equipo médico duradero y suplidos relacionados Consulte la sección "Equipo médico duradero (DME) y suplidos relacionados" en esta tabla. Prostéticos, dispositivos ortopédicos y suplidos médicos/terapéuticos para pacientes ambulatorios Consulte la sección "Dispositivos prostéticos y suplidos relacionados" en esta tabla. Servicios de terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional Consulte la sección "Servicios ambulatorios de rehabilitación" en esta tabla.

Servicio cubierto	Lo que paga
(*trusses*) y piernas, brazos u ojos artificiales, incluyendo los ajustes, reparaciones y reemplazos requeridos debido a rotura, desgaste, pérdida o cambios en la condición física del paciente. • Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Terapia médica de nutrición Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando su médico lo refiera. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios de terapia médica de nutrición bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con el referido de un médico. Un médico tiene que recetar estos servicios y renovar su referido anualmente si su tratamiento es necesario para el próximo año natural.	No hay coaseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios MDPP están cubiertos para personas elegibles bajo todos los planes de salud de Medicare.** MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, mayor actividad física	No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio MDPP.

Servicio cubierto	Lo que paga
y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	
Medicamentos de la Parte B de Medicare **Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los afiliados de nuestro plan obtienen cubierta para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:** • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, ambulatorios en un hospital o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), administrado por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite tomografías y análisis adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos totales. Hable con su médico sobre qué tomografías y análisis puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que se administra usted mismo mediante inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores para trasplantes: Medicare cubre el	Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare **0%** de coaseguro Otros medicamentos de la Parte B de Medicare **0%** de coaseguro La terapia escalonada puede aplicarse de la Parte B a la Parte B y de la Parte D a la Parte B. Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare **$0** de copago

Servicio cubierto	Lo que paga
tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. La cubierta de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Los medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estaba relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma 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 orales contra el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante	

Servicio cubierto	Lo que paga
o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se usan como un reemplazo terapéutico total de un medicamento intravenoso contra las náuseas • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y los anestésicos tópicos • Fármacos estimulantes de la eritrocitopoyesis : Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras condiciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de deficiencias inmunitarias primarias • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: *https://www.mmmpr.com/planes-medicos/formulario-medicamentos* También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas para	

Servicio cubierto	Lo que paga
adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. El capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluidas las reglas que tiene que seguir para que se cubran los medicamentos recetados. Lo que paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Beneficio nutricional / dietético: Suplementario Eres elegible para: Hasta seis **(6)** visitas al nutricionista por año. Se cubren ambas sesiones (individual y grupal). • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Beneficio nutricional / dietético suplementario **$0** de copago
Detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de cuidado primario, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de cuidado primario o profesional para obtener más información.	No hay coaseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua.
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los afiliados de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden obtener cubierta de servicios para tratar el OUD a través de un	Servicios del programa de tratamiento de opioides **0%** de coaseguro

Servicio cubierto	Lo que paga
Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos y opioides agonistas y antagonistas para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) • Despacho y administración de medicamentos de MAT (MAT, por sus siglas en inglés) (si corresponde) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	
Pruebas ambulatorias de diagnóstico y artículos y servicios terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Rayos X. • Radiación (de radio y de isótopos), la terapia incluye los materiales y suplidos del técnico. • Suplidos quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio. • Sangre: incluyendo almacenaje y administración. La cubierta de sangre entera y de concentrado de glóbulos rojos concentrados inicia a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite – tiene que, o pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año natural o tener la sangre donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes de la	Procedimientos y pruebas diagnósticas cubiertas por Medicare **$0** de copago Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare **$0** de copago Servicios de rayos X cubiertos por Medicare **$0** de copago Servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare **$0** de copago Servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare **$0** de copago Servicios de sangre cubiertos por Medicare **$0** de copago Suplidos médicos cubiertos por Medicare **0%** de coaseguro

Servicio cubierto	Lo que paga
sangre están cubiertos comenzando con la primera pinta de sangre usada. • Pruebas de diagnóstico no relacionadas con el laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones (Pet-scan) cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordene para tratar un problema médico. • Otras pruebas diagnósticas para pacientes ambulatorios. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Observación para pacientes ambulatorios en el hospital Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación para pacientes ambulatorios en el hospital estén cubiertos, tienen que cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencias estatales y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.	Observación para pacientes ambulatorios en el hospital cubierta por Medicare **$0** de copago

Servicio cubierto	Lo que paga
Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información de la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048. • **Reglas de autorización pueden aplicar**.	
Servicios ambulatorios en el hospital Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital • Cuidado de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suplidos médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse a sí mismo	Servicios cubiertos por Medicare en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios **$0** de copago por visita Servicios de emergencia Consulte la sección "Cuidado de emergencia" en esta tabla. Cirugía ambulatoria Consulte la sección " Cirugías ambulatorias, incluyendo los servicios provistos en instalaciones ambulatorias del hospital y en centros de cirugía ambulatoria" en esta tabla. Laboratorios y pruebas diagnósticas, rayos X, servicios de radiología y suplidos médicos

Servicio cubierto	Lo que paga
Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Consulte la sección "Pruebas ambulatorias de diagnóstico y artículos y servicios terapéuticos" en esta tabla. <u>Cuidado de salud mental y hospitalización parcial</u> Consulte las secciones "Cuidado de salud mental ambulatorio" y "Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos" en esta tabla. <u>Cuidado para la dependencia de sustancias químicas</u> Consulte la sección "Servicios ambulatorios para trastornos por uso de sustancias" en esta tabla. <u>Medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse a sí mismo</u> Consulte la sección "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare" en esta tabla.
Cuidado de salud mental ambulatorio Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico (CSW), especialista en enfermería clínica (CNS), consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de cuidado de salud mental cualificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables. • **Requiere referido de su PCP.**	<u>Servicios de cuidado de salud mental ambulatorio cubiertos por Medicare:</u> <u>Visitas al psiquiatra</u> **$0** de copago por cada visita de terapia cubierta por Medicare en un entorno individual. **$0** de copago por cada visita de terapia cubierta por Medicare en un entorno grupal.

Servicio cubierto	Lo que paga
• **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Visitas a otros especialistas **$0** de copago por cada visita de terapia cubierta por Medicare en un entorno individual. **$0 de copago** por cada visita de terapia cubierta por Medicare en un entorno grupal.
Servicios ambulatorios de rehabilitación Los servicios cubiertos incluyen terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, oficinas de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para pacientes ambulatorios (CORF). • **Requiere referido de su PCP para terapia ocupacional.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Terapia ocupacional cubierta por Medicare **$0** de copago Terapia física y/o del habla y lenguaje cubierta por Medicare **$0** de copago
Servicios ambulatorios para trastornos por uso de sustancias El plan cubre visitas individuales y grupales de tratamiento de trastornos por uso de sustancias. • **Requiere referido de su PCP** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Visita de terapia cubierta por Medicare en un entorno individual **$0** de copago Visita de terapia cubierta por Medicare en un entorno grupal **$0** de copago

Servicio cubierto	Lo que paga
Cirugías ambulatorias, incluyendo los servicios provistos en instalaciones ambulatorias del hospital y en centros de cirugía ambulatoria **Nota:** Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos para la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Servicios en Centro de Cirugía Ambulatoria cubiertos por Medicare **$0** de copago Servicios en instalaciones ambulatorias cubiertos por Medicare **$0** de copago Servicios de observación cubiertos por Medicare **$0** de copago
Medicamentos y suministros de venta libre (OTC) – Suplementario Usted es elegible para**:** Hasta **$200** cada mes beneficio suplementario que se utilizará para la compra de productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) que incluyen: 1. Vitaminas y minerales 2. Suplidos de primeros auxilios 3. Medicamentos, ungüentos y aerosoles con ingredientes médicos activos para el alivio de síntomas 4. Cuidado de la boca 5. Suplidos de incontinencia (pañales de adultos o pads) 6. Monitor de presión arterial 7. Terapia de Reemplazo de Nicotina 8. Suplementos de fibra 9. Bloqueador solar tópico 10. Elementos de apoyo para mayor comodidad 11. Cremas hidratantes para la piel (incluyendo, entre otras, lociones para el	Medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC, por sus siglas en inglés) suplementario **$0** de copago

Servicio cubierto	Lo que paga
rostro, el cuerpo y los pies utilizadas para piel seca) 12. Jabón (antibacterial /antimicrobiano recomendado por el médico) 13. Pruebas caseras de COVID-19 14. Artículos homeopáticos / medicina natural Usted tiene que utilizar la cantidad máxima de la cuota asignada a este beneficio ya que estas cantidades no se acumulan. El plan cubrirá el artículo y el afiliado será responsable de pagar cualquier impuesto aplicable y/o cantidad que sobrepase el beneficio máximo. Este es un beneficio combinado con una cantidad máxima de beneficio único y compartido para OTC, dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño y beneficio de acondicionamiento físico (solo artículos de ejercicio físico). Pueden aplicarse límites de cantidad de artículos en cada categoría.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos *La hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención que recibe en la oficina de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización. *El servicio ambulatorio intensivo* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) que se brinda en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un	Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos **$0** de copago

Servicio cubierto	Lo que paga
centro de salud cualificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural que es más intenso que el cuidado que recibe en la oficina de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. • **Requiere referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	

Servicios médicos, incluyendo las visitas a la oficina del médico
Los servicios cubiertos incluyen:
• Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios provistos en lugares como:
  o consultorio de un médico
  o centro certificado de cirugía ambulatoria
  o departamento ambulatorio de un hospital
  o cualquier otro lugar
• Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista
• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su *especialista*, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico
• Ciertos servicios de telesalud, incluyendo servicios ofrecidos por Especialistas en MMM Multiclínica:
  o Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios por telesalud, tiene que usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud.
	Servicios de proveedores de cuidado primario (PCP)
	
	$0 de copago por visita
	
	Servicio de especialistas
	
	$0 de copago por cada visita a especialistas
	
	Servicios de otros profesionales de la salud
	
	$0 de copago por visita
	
	Servicios adicionales de telesalud disponibles en MMM Multiclínica:
	
	$0 de copago

Servicio cubierto	Lo que paga

• Algunos servicios de telesalud, incluyendo consultas, diagnóstico y tratamiento por un médico o profesional, para pacientes en algunas áreas rurales o en otros lugares aprobados por Medicare.
• Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para afiliados de diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, centro de diálisis renal o en el hogar del afiliado
• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación
• Servicios de telesalud para afiliados con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación
• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental
• Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Salud Calificados Federalmente
• Consulta virtual de 5-10 minutos (por ejemplo, mediante teléfono o video-llamada/chat) con su médico **si**:
  ○ Usted no es un paciente nuevo **y**
  ○ La consulta no está relacionada con una visita al consultorio ocurrida 7 días antes **y**
  ○ La consulta no conduce a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita	

Servicio cubierto	Lo que paga

que más pronto esté disponible
• Evaluación de videos y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **si**:
  o No es un paciente nuevo **y**
  o La evaluación no está relacionada con una visita a la oficina en los últimos 7 días **y**
  o La evaluación no conduce a una visita a la oficina dentro de las 24 horas o la cita disponible más pronto
• Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico
• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía
• Cuidado dental no rutinario (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para los tratamientos de radiación de la enfermedad del cáncer neoplásico o los servicios que estarían cubiertos cuando los brinda un médico)
• **Referidos para algunos servicios pueden aplicar**
• **Reglas de autorización pueden aplicar a servicios brindados por otros profesionales de la salud**	

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo de martillo o espolón en el talón). • Cuidado de rutina de los pies para afiliados con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores **Servicios de podiatría - Suplementario** También es elegible para: • Seis **(6)** visitas suplementarias para servicios podiátricos por año. • **Requiere referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Servicios de podiatría cubiertos por Medicare **$0** de copago por visita Servicios de podiatría suplementarios **$0** de copago por visita
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer el VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si cualifica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluyendo la tarifa por inyectar la droga, si se aplica. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses.	No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

Servicio cubierto	Lo que paga
• Prueba única del virus de la hepatitis B.	
Programa de comidas luego de un alta hospitalaria - Suplementario Usted es elegible para recibir: • Hasta dos **(2)** comidas nutritivas por día, por cinco **(5)** días, hasta dos **(2)** veces al año. Máximo de veinte **(20)** comidas por año sin costo adicional, luego de una hospitalización en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). • **Requiere referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Servicio suplementario de comidas luego de un alta hospitalaria **$0** de copago para hasta dos **(2)** veces al año. Máximo de veinte **(20)** comidas por año
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	No hay coaseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA. Examen rectal digital anual **$0** de copago
Dispositivos prostéticos y ortopédicos y suplidos relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan toda o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos prostéticos y ortopédicos; así como: bolsas de colostomía y suplidos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias	Aparatos prostéticos cubiertos por Medicare **0%** de coaseguro Suplidos médicos cubiertos por Medicare **0%** de coaseguro

Servicio cubierto	Lo que paga
(incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suplidos relacionados con dispositivos prostéticos y ortopédicos, y reparación y/o reemplazo de dispositivos prostéticos y ortopédicos. También incluye cierta cubierta después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas: vaya a *Cuidado de la visión* más adelante en esta tabla para obtener más detalles. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los afiliados que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y *un referido* para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica. • **Requiere referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare **$0** de copago
Detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no dependen del alcohol. Si da positivo en la prueba de abuso de alcohol, puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento cara a cara por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de cuidado primario o profesional cualificado en un entorno de cuidado primario.	No hay coaseguro, copago ni deducible para la evaluación y el asesoramiento cubiertos por Medicare para reducir el beneficio preventivo por abuso de alcohol.

Servicio cubierto	Lo que paga
Detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas cualificadas, una LDCT está cubierto cada 12 meses. **Los afiliados elegibles son** personas de 50 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 cajetillas al año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para realizarse una LDCT durante una visita de asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartida que cumplen con los criterios de Medicare para dichas visitas y que es proporcionada por un médico o un profesional no médico cualificado. *Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:* los afiliados tienen que obtener una orden para realizarse una prueba para la detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional cualificado que no sea médico. Si un médico o un profesional no médico cualificado elige realizar una visita de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCTposterior, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	No hay coaseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare o para el LDCT.
Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de cuidado primario u otro proveedor de cuidado médico	No hay coaseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga
cualificado ordena una y usted cumple con una de estas condiciones: • Tiene un alto riesgo porque usa o ha usado drogas ilícitas inyectables. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945-1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, cubrimos una prueba de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos las pruebas de detección anuales.	
Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de cuidado primario. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad personales de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de cuidado primario y se llevan a cabo en un entorno de cuidado primario, como la oficina de un médico.	No hay coaseguro, copago ni deducible para la detección de ITS cubierta por Medicare y el asesoramiento para el beneficio preventivo de ITS.

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios para tratar la enfermedad renal Enfermedades renales y diálisis cubiertos incluyen: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los afiliados a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para los afiliados con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando lo refiere su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando está temporeramente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o es inaccesible temporeramente) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si ingresa como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidados especiales) • Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suplidos de diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores capacitados en diálisis para controlar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cubierta de los medicamentos de la Parte B, vaya a	Servicios de educación sobre enfermedades renales **$0** de copago Servicios de diálisis Diálisis Peritoneal **0%** de coaseguro Otros servicios de diálisis **0%** de coaseguro

Servicio cubierto	Lo que paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla**.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Cuidado en Centros de Enfermería Especializada (SNF) (Para obtener una definición de cuidado en un centro de enfermería especializada, vaya al Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF). El plan cubre hasta 100 días en un SNF. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administran como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias presentes naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre). • Sangre- incluido el almacenamiento y la administración. La cubierta de sangre completa y de concentrado de células rojas comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesita: tiene que pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año natural o hacer que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre se cubren comenzando con la primera pinta utilizada. • Suplidos médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por SNF	Su costo compartido se aplica el día de la admisión. <u>Cuidado en Centros de Enfermería Especializada</u> **$0** de copago por admisión o por estadía

Servicio cubierto	Lo que paga
• Pruebas de laboratorio proporcionadas normalmente por SNF • Rayos X y otros servicios de radiología que normalmente brindan los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas normalmente proporcionados por SNF • Servicios médicos / terapeuta Por lo general, recibe atención de SNF de los centros de la red. Bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda pagar los costos compartidos dentro de la red para un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta las cantidades que paga nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad para jubilados de atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde vive su cónyuge o pareja doméstica en el momento en que sale del hospital • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Cesación de fumar y de consumo de tabaco (consejería para dejar de fumar o consumir tabaco) La consejería para dejar de fumar o consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplen con estos criterios: • Consumir tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Son competentes y están alertas durante la consejería	No hay coaseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos de cesación de fumar y consumo de tabaco cubiertos por Medicare. <u>Servicios suplementarios de consejería para la cesación de fumar y de consumo de tabaco</u> **$0 de copago**

Servicio cubierto	Lo que paga
• Un médico cualificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento Cubrimos 2 intentos de abandono por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año). **Cesación de fumar y de consumo de tabaco (consejería para dejar de fumar o de consumir tabaco) – Suplementario** Además, usted es elegible para: • Hasta nueve **(9)** sesiones adicionales de consejería para dejar de fumar o de consumir tabaco.	
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos Los afiliados con las siguientes condiciones crónicas que cumplen con los criterios médicos pueden ser elegibles para beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos. Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI). Puede calificar para SSBCI si tiene un alto riesgo de hospitalización y requiere coordinación de cuidados intensivos para controlar condiciones crónicas como: *Dependencia crónica del alcohol u otro tipo de droga, Desórdenes autoinmunes (Poliarteritis nodosa, Polimialgia reumática, Polimiositis, Dermatomiositis, Artritis reumatoide, Lupus eritematoso sistémico, Artritis psoriásica, Esclerodermia), Cáncer, Desórdenes cardiovasculares (Arritmias cardíacas, Enfermedad de las arterias coronarias, Enfermedad vascular periférica, enfermedad cardíaca valvular, hiperlipidemia), Fallo cardíaco*	Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos **$0** de copago

Servicio cubierto	Lo que paga
crónico, Demencia, Diabetes mellitus, Prediabetes (Glucemia en ayunas: 100-125 mg/dL o Hgb A1C: 5,7-6,4%), Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico (hiperlipidemia), Desórdenes gastrointestinales crónicos (Enfermedad hepática crónica, Enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA), Hepatitis B, Hepatitis C, Pancreatitis, Síndrome del intestino irritable, Enfermedad inflamatoria intestinal), Enfermedad renal crónica (ERC) (Enfermedad renal crónica que requiere diálisis/Enfermedad renal terminal (ERT), (ERC) que no requiere diálisis), Desórdenes hematológicos severos (anemia aplásica, hemofilia, púrpura trombocitopénica inmune, síndrome mielodisplásico, enfermedad de células falciformes (excluyendo el rasgo de células falciformes (SCT), desorden tromboembólico venoso crónico), VIH / SIDA, Desórdenes pulmonares crónicos (asma, bronquitis crónica, fibrosis quística, enfisema, fibrosis pulmonar, hipertensión pulmonar, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)), Condiciones discapacitantes crónicas de salud mental (desórdenes de bipolaridad, desórdenes de depresión mayor, paranoia, esquizofrenia, desorden esquizoafectivo, trastorno de estrés postraumático (PTSD), desórdenes alimentarios, desórdenes de ansiedad), Desórdenes neurológicos (Esclerosis lateral amiotrópica (ALS)), Parálisis Cerebral, Epilepsia, Parálisis extensiva (como hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia), Enfermedad de Huntington, Esclerosis múltiple, Enfermedad de Parkinson, Polineuropatía, Fribomialgia, Síndrome de fatiga crónica, Lesiones de la médula espinal, Estenosis espinal, Deficiencias neurológicas relacionadas con un accidente cerebrovascular (ACV), Traumatismo craneoencefálico), Derrame cerebral, Cuidado postrasplante de órganos, Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores, Condiciones que pueden causar deterioro cognitivo (Enfermedad de Alzheimer, Discapacidades intelectuales y del desarrollo,	

Servicio cubierto	Lo que paga
Traumatismos craneoencefálicos, Enfermedad mental discapacitante asociada con el deterioro cognitivo, Deterioro cognitivo leve), Condiciones que pueden causar dificultades funcionales similares y requerir servicios similares (Lesiones de la médula espinal, Parálisis, Pérdida de extremidades, Accidente cerebrovascular, Artritis), Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato, Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven su funcionamiento, Otros (hipertensión, osteoporosis, dolor de espalda crónico, entre otros).	
MMM Flexi Card- Suplementario Usted es elegible para: o Una tarjeta de débito con una cantidad de **$85** mensuales. Podrá utilizar la tarjeta MMM Flexi Card para o Comida preparada o Alimentos y provisiones o Gasolina o Productos de limpieza o Entretenimiento (conciertos / teatro / películas, etc.) o Utilidades o Artículos fuera de recetario (OTC) adicionales, incluyendo artículos homeopáticos / medicina natural o Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño o Artículos para el acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y membresía de gimnasio) o Artículos de apoyo para la memoria y la función cognitiva o Cuidado de mascotas o Artículos de jardinería / ferretería	

Servicio cubierto	Lo que paga
○ Toallas, ropa de cama y ropa ○ Servicios adicionales de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar y otros servicios ○ Espejuelos (monturas y lentes, lentes de contacto o mejoras) ○ Servicios de audición (adaptación/evaluación de audífonos, audífonos (todos los tipos)) ○ Servicios dentales comprensivos y diagnósticos (Exámenes orales, Rayos X, Servicios de restauración, Endodoncia, Periodoncia, Prótesis removibles, Servicios de implantes, Dentaduras fijas, Cirugías orales/maxilofaciales, Servicios generales complementarios y Otros servicios diagnósticos dentales) No podrá utilizar este beneficio para la compra de bebidas alcohólicas, tabaco ni sus derivados, ni cualquier otra categoría o articulo no expresamente descrito anteriormente. Podrá transferir y acumular su cantidad de mes a mes. Los montos no se transferirán de un año a otro; debe usar su cantidad acumulada antes de que finalice el año del plan. **MMM Asistencia- Suplementario** Usted es elegible para: • Hasta doce **(12)** eventos individuales al año para los siguientes servicios: (para ser elegible a los servicios de asistencia en carretera, el vehículo no puede tener antigüedad mayor de **15 años, 2012 en adelante**)	

Servicio cubierto	Lo que paga
o Servicios de asistencia en carretera, que incluye lo siguiente: - Cambio de goma – La goma vacía se reemplazará por la goma de repuesta del vehículo. Se ofrecerá servicio de remolque en caso de que el vehículo no tenga una goma de repuesta. - Recarga de batería – Se proporcionará un servicio de recarga utilizando un cargador de batería portátil en caso de que el vehículo no arranque debido a una batería descargada. Se ofrecerá el servicio de remolque en caso de que el vehículo no encienda después de intentar la recarga de batería. - Cerrajería – Servicio de apertura del vehículo para permitir acceso al mismo en caso de que las llevas estén dentro del vehículo o extraviadas. - Suministro de gasolina – Se proveerán hasta dos **(2)** galones de gasolina regular en caso de que el vehículo no encienda por falta de gasolina. La gasolina premium o diésel no está cubierta. - Servicios de remolque – Se prestará servicio de remolque en caso de avería mecánica o accidente en una vía pública de Puerto Rico que impida al vehículo moverse. - Servicios de extracción – El servicio de extracción se proveerá en caso de que el vehículo requiera equipo especial para ser cargado en el remolque o recuperado y traído de vuelta a una carretera transitable. En el caso de que el vehículo sea	

Servicio cubierto	Lo que paga
recuperado, si el afiliado requiere un remolque luego de la extracción, se prestará el servicio como un evento separado. o Servicios de reparación menor en el hogar, que incluye lo siguiente: - Cerrajería – Cubierto en las situaciones en las que no puede acceder el interior de su residencia desde el exterior. Cubre abrir la cerradura de la puerta principal de la residencia, la cerradura o candado del portón principal y/o de la puerta de la marquesina si se considera la entrada principal a la residencia. Incluye la sustitución de la cerradura de la puerta principal por una cerradura básica únicamente si se encuentra dañada o si se daña o se estropea en el proceso de apertura. (Excluye: reparación, reemplazo y/o apertura de cerraduras de puertas que no sea la principal y apertura de cerraduras de puertas en el interior de la residencia, como puertas de armarios, puertas de gabinetes, de pasillos, closets u otras. No se aplica a cerraduras de seguridad o cerraduras inteligentes). - Plomería – Cubierto cuando ocurre una avería dentro de las instalaciones fijas de abastecimiento y/o sanitarias de la vivienda. Se enviará un técnico especializado para la reparación de válvulas o fugas, reemplazar piezas del inodoro o destape de tuberías, desagües u otras instalaciones físicas de la residencia. En caso de	

Servicio cubierto	Lo que paga
requerir una pieza de repuesto, usted será responsable de proporcionarla o de pagar por separado dicha pieza para que se pueda completar el servicio. (Excluye: reparaciones relacionadas a grifos de cocina, cisternas de agua, depósitos, calentadores de agua y tanques, bombas hidráulicas, radiadores, lavadoras, secadoras, refrigeradores, y cualquier otro electrodoméstico que se adjunte al suministro de agua de las residencias; reparaciones a tubería galvanizada; reparaciones de llaves de paso no expuestas, soterradas o empotradas; reparaciones relacionadas con daños derivados de la humedad, filtración o impermeabilización impropia y cualquier reparación relacionada a áreas comunales o local comercial de la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados de Puerto Rico). - Electricidad – Cubierto cuando ocurre un mal funcionamiento de la electricidad que causa pérdida de electricidad parcial o total en el interior de la residencia. Se enviará un técnico especializado para ayudar en la emergencia a restablecer el suministro eléctrico a la residencia, a reparar o reemplazar accesorios eléctricos cubiertos, como, breakers, receptáculos, bombillas, interruptores, entre otros, y/o a reemplazar accesorios dañados como luces, lámparas o abanicos. (Excluye: reparaciones relacionadas con aparatos o enseres eléctricos como estufas,	

Servicio cubierto	Lo que paga
hornos, calentadores, lavadoras, secadoras, microondas, generadores, refrigeradores u otros; reparaciones de equipos eléctricos como computadoras, televisores, cámaras, etc.; reparaciones de fallas eléctricas en el exterior de la residencia; reparaciones relacionadas con daños por apagones o bajones de luz, por filtraciones de agua o humedad, por problemas estructurales o a consecuencia directa de un evento de fuerza mayor como terremotos, temblores, huracanes, etc.; y reparaciones en áreas comunes o locales que sean propiedad de la Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico). - Reparación de enseres – Cubierto hasta dos **(2)** eventos al año (un **(1)** evento por semestre) para reparación de neveras y estufas. (Excluye: fallas que existan antes del 1 de enero de 2027; equipos utilizados para propósitos comerciales, industriales o educativos; gas refrigerante; piezas de reparación; moho y desgastes estéticos; mal uso y desgaste normal de las piezas; neveras de vino, congelador independiente y otros equipos que no sean la nevera o estufa principal de la residencia). Las marcas que se trabajan pueden variar; comuníquese con Servicios al Afiliado para confirmar. Los enseres con hasta 10 años de antigüedad (2017 en adelante) cualificarán para ser atendidos bajo este beneficio.	

Servicio cubierto	Lo que paga
- Servicios de *Handyman* - un **(1)** evento por año por dos **(2)** horas. • Control de plagas - Una **(1)** visita de fumigación sencilla para interior o exterior por semestre (dos **(2)** al año). • Servicios de Equipos de Calidad de Aire Interior - servicios de limpieza de aire acondicionado para la unidad principal, de hasta 12,000 BTU. (Una (1) visita por semestre, dos (2) por año). Aplica una cantidad máxima de **$300** por cada servicio de asistencia en carretera y/o de reparaciones menores en el hogar y **$200** por evento para la reparación de enseres. Esto incluye el costo de materiales (excepto en la reparación de enseres y en algunos servicios de reparaciones menores en el hogar relacionados a reemplazo de equipos dañados en los que la pieza debe ser pagada por el afiliado), transporte y mano de obra. El afiliado cubrirá cualquier monto que exceda el límite máximo del plan. Limitaciones y restricciones pueden aplicar. Para ser elegible a este beneficio, se deberá coordinar el servicio con el proveedor contratado por el plan. Comuníquese con Servicios al Afiliado llamando al 1-866-333-5470, las 24 horas, 7 días a la semana para coordinar una cita de servicio. Para orientación y estatus sobre el beneficio, el horario de servicio es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. El horario de servicios para el beneficio de reparación de enseres será de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.	

Servicio cubierto	Lo que paga
Terapia de ejercicio supervisado (SET) La SET está cubierta para los afiliados que tienen enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática y un referido para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprenden un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación • Realizarse en un entorno hospitalario ambulatorio o en la oficina de un médico. • Ser administrado por personal auxiliar cualificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA) o enfermero practicante (NP) / especialista en enfermería clínica (CNS) que tiene que estar capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado SET puede estar cubierto más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado de tiempo si un proveedor de cuidado médico lo considera médicamente necesario. • **Requiere referido de su PCP** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Terapia de ejercicios supervisada (SET) cubierta por Medicare **$0** de copago

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de transportación – Suplementario Usted es elegible para: • Hasta veinticuatro **(24)** viajes de una vía por año a lugares aprobados por el plan relacionados al cuidado de su salud, como: citas con un médico, para recibir tratamiento médico, para procedimientos médicos y/o para obtener resultados médicos o de estudios de laboratorio y medicamentos. • **Viajes ilimitados** hacia y desde las MMM Multiclínicas. Los viajes hacia y desde las clínicas se coordinarán a través del proveedor contratado por la clínica. • **Reglas de autorización pueden aplicar**	Servicios de transportación – Suplementario **$0** de copago
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere cuidado médico inmediato que no es una emergencia, es un servicio que se necesita con urgencia si se encuentra temporeramente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red. Nuestro plan tiene que cubrir los servicios que se necesitan con urgencia y solo cobrarle costos compartidos dentro de la red. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de condiciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del	Servicios de urgencia cubiertos por Medicare **$0** de copago para visita a la sala de urgencias Servicios suplementarios de urgencia-mundial **$75** de copago para visita a la sala de urgencias. Si es admitido al hospital, no tendrá que pagar el copago.

Servicio cubierto	Lo que paga
área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporeramente. Este plan incluye visitas de cuidado de emergencia/urgencia en todo el mundo como un beneficio suplementario, con un límite máximo del plan de **$500.**	
Cuidado de la visión Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre los exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular. Si tiene 2 operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía.	Servicios de visión cubiertos por Medicare: Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones oculares **$0** de copago Detección de glaucoma **$0** de copago Espejuelos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas **$0** de copago Espejuelos y/o lentes de contacto suplementarios **$0** de copago

Servicio cubierto	Lo que paga
Cuidado de la visión - Suplementario También es elegible para: • Hasta un **$600** por año para ser utilizado en la compra de espejuelos (marcos y lentes) y/o lentes de contacto.	
Visita preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la visita preventiva única de *Bienvenido a Medicare*. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes e inyecciones (o vacunas), y referidos para otros cuidados si es necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses en que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su *visita preventiva* de Bienvenido a Medicare.	No hay coaseguro, copago ni deducible para la *visita preventiva* de Bienvenido a Medicare.

A continuación encontrará el beneficio cubierto según lo requerido por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico:

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
Servicios de Hospitalización	Admisiones: • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 Neonatal: • Código de Cubierta 100- $0	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	• Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 ➢ La cubierta comienza el primer día en que apliquen la cubierta de Medicare y la cubierta del *wrap around* de Platino para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización Medicare Advantage e incluido como un servicio cubierto por Medicaid. Acceso a habitación semi-privada (cama disponible las veinticuatro (24) horas del día) todos los días naturales del año. ➢ Cubierta incluye: ○ Sala de aislamiento por razones médicas ○ Diagnóstico y tratamiento especializado como electrocardiografías, electroencefalografías, gases arteriales y otras pruebas de diagnóstico y/o tratamiento especializadas que están disponibles en instalaciones hospitalarias y que tienen que realizarse mientras el paciente está hospitalizado. ○ Servicios de rehabilitación a corto plazo: Para pacientes hospitalizados, incluyendo terapia física, ocupacional y del habla.	

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	➢ Sangre: sangre, plasma y sus derivados, sin limitaciones, incluyendo sangre irradiada y autóloga, Factor IX monoclonal por autorización de un hematólogo certificado; Factor antihemofílico con concentración de pureza intermedia (Factor VIII) A; Factor de tipo monoclonal antihemofílico por autorización de un hematólogo certificado y complejo de activación de protrombina (Auto flex y Feiba) por autorización de un hematólogo certificado.	
Hospitalización por Condiciones Mentales	Admisiones: • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 ➢ La cubierta comienza el primer día en que apliquen la cubierta de Medicare y la cubierta del *wrap around* de Platino para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización *Medicare Advantage*, e incluido como servicios cubiertos por el plan estatal de Medicaid. Acceso a habitación semi-privada (cama disponible las veinticuatro (24) horas del día), todos los días naturales del año.	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Hospitalización por Trastorno	Admisiones: • Código de Cubierta 100- $0	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
por Uso de Sustancias	• Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 ➢ La cubierta comienza el primer día en que apliquen la cubierta de Medicare y la cubierta del *wrap around* de Platino para cualquier beneficio no cubierto bajo los beneficios suplementarios del plan de la Organización *Medicare Advantage*, e incluido como servicios cubiertos por el plan estatal de Medicaid. Acceso a habitación semi-privada (cama disponible veinticuatro las (24) horas del día), todos los días naturales del año.	
Laboratorio y Laboratorios de Alta Tecnología	Laboratorios clínicos y de alta tecnología** • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 **Aplica a pruebas diagnósticas solamente. Copagos no aplican a pruebas requeridas como parte de un servicio preventivo. ➢ Pruebas de laboratorio y procedimentos necesarios relacionados con la obtención de un certificado de salud no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan de Salud Estado. ➢ Los Certificados de salud están cubiertos por el GHP, siempre que los costos compartidos y/o deducibles aplicables a los	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	procedimientos necesarios y las pruebas de laboratorio relacionadas con la obtención de un Certificado de salud sean responsabilidad del afiliado. Dichos certificados incluirán: • Pruebas del Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas ("VDRL"). • Pruebas de tuberculosis ("TB"); y • Virus de Hepatitis C: Anti-VHC y/o ARN del VHC, según sea necesario. • Virus de Hepatitis B: HBsAg; HBcAb IgM y/o IbG, si es necesario. • Virus de la hepatitis A: IgM del VHA; ARN del VHA, según sea necesario.[1]. ➢ Cualquier certificación para afiliados de GHP relacionada con la elegibilidad para el programa Medicaid (proporcionada libre de costo). La cubierta debe cumplir con las directrices del Departamento de Salud de Puerto Rico y de los CDC. 1. Según lo ordenado por el Departamento de Salud de Puerto Rico, orden administrativa 594 de fecha 30/7/2024.	
Servicios de Sala de Emergencias (ER)	Visitas a la Sala de Emergencias • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	Servicios de No-Emergencia provistos en una Sala de Emergencias de un hospital, (por visita) • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 Servicios de No-Emergencia provistos en una Sala de Emergencias independiente, (por visita) • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 Trauma • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0	
Servicios Ambulatorios para Trastorno por Uso de Sustancias	• Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 ➢ La cubierta comienza el primer día en que apliquen la cubierta de Medicare y la cubierta del *wrap around* de Platino para cualquier beneficio no cubierto por los beneficios suplementarios del plan de la Organización *Medicare Advantage*, e incluido como servicios cubiertos por el plan estatal de Medicaid. Acceso a habitación semi-privada (cama	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	disponible veinticuatro las (24) horas de día), todos los días naturales del año.	
Servicios Ambulatorios de Salud Mental y Servicios Profesionales	• Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 ➢ Todos los servicios ambulatorios relacionados con salud mental y emergencias e intervención en crisis, las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, no cubiertos por Medicare o por los beneficios suplementarios de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan del Estado.	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Visitas Ambulatorias a:	Médico Primario (PCP), Especialista, Subespecialista y servicios Pre-Natales • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Cesación de Tabaco	• Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 ➢ Servicios para cesación de tabaco no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan del Estado. ➢ Los medicamentos para dejar de fumar están cubiertos para individuos menores de 21 años y	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	mujeres embarazadas cuando sean médicamente necesarios y recetados por un médico. En estos casos, el plan cubre ayudas, con y sin receta, según indicadas por un médico.	
Servicios de Maternidad	• Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 ➢ Servicios de maternidad no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan del Estado. ➢ Los abortos se cubren si el embarazo es resultado de violación o incesto, según certificado por un médico. ➢ Daños severos y de larga duración pudieran ser causados a la madre si el embarazo se lleva a término según certificado por un médico. ➢ Servicios prenatales	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Médico y Quirúrgico	• Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 ➢ Servicios Médicos y Quirúrgicos no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan del Estado. ➢ Esterilización voluntaria de hombres y mujeres mayores de edad y en su sano juicio,	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	siempre que hayan sido previamente informados sobre las implicaciones de estos procedimientos médicos y que haya evidencia del consentimiento por escrito del afiliado al haber completado el Formulario de Consentimiento de Esterilización.	
Servicios de Visión	• Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 ➢ Servicios de visión no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan del Estado. ➢ Espejuelos o lentes para beneficiarios entre las edades de 0 a > 21 años se cubrirán cuando sean **médicamente necesarios**, el beneficio de espejuelos y lentes consta de un lente sencillo o multifocal y una montura de espejuelos estándar cada 24 meses. Todos los tipos de lentes tienen que ser previamente autorizados, excepto lentes intraoculares. Se cubrirá la reparación o reemplazo de espejuelos durante 24 meses cuando sea médicamente necesario y sea aprobado previamente mediante preautorización.	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Exámenes de Audición	• Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	➢ Servicios de audición no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan del Estado.	
Terapia Física, Ocupacional y del Habla	• Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 ➢ Cubierta sin límites bajo la Parte B de Medicare (seguro médico). No aplica dentro de la cubierta del *wrap around.*	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Medicamentos Recetados	**Preferidos (Niños (0-20, Inclusive))** • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 **Preferidos (Adultos)**** • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $1 • Código de Cubierta 120- $2 • Código de Cubierta 130- $3 **No-Preferidos (Niños (0-20, Inclusive))** • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0	Medicamentos Cubiertos - $0 copago por un suministro de un mes (30 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico - $0 de copago por un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	No-Preferidos (Adultos)** • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $3 • Código de Cubierta 120- $4 • Código de Cubierta 130- $6 **Abuso de sustancias ambulatorio** • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 Medicamentos recetados no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan del Estado. ➢ Cualquier costo compartido no incluido dentro del diseño del beneficio de la Organización Medicare Advantage, según aprobado por CMS, incluyendo deducibles, coaseguros o brecha de cubierta que exceda el Plan del Estado. ➢ El medicamento tiene que aparecer en el formulario del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y tiene que estar sujeto a las revisiones aplicables según lo establece el Formulario de Medicamentos Cubiertos del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. También tiene que cumplir con lo siguiente:	

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	○ El beneficio de farmacia para todos los planes *Medicare Advantage* proveerá un año completo de cubierta en su Formulario de Medicamentos de la Parte D aprobado por CMS, y sujeto a los copagos establecidos en la cubierta Platino como el único pago de bolsillo. ○ Los medicamentos que no están incluidos en el Formulario de Medicamentos de la Parte D del plan *Medicare Advantage* están sujetos al proceso de excepción para la posible aprobación de un medicamento no cubierto. Si se sostiene la denegación durante el proceso de excepción por parte de la Organización *Medicare Advantage,* incluyendo el proceso de apelación, pero el medicamento está cubierto por el Formulario del Plan de Salud del Gobierno, el medicamento será cubierto por el *wrap around*. El médico tiene que agotar las opciones disponibles en el formulario del plan *Medicare Advantage* en la categoría de medicamento necesario. ○ Para que se consideren los medicamentos del "*wrap around*", estos tienen que ser parte del Formulario del Plan de Salud del Gobierno. Todos los Formularios de medicamentos de las	

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	Organizaciones *Medicare Advantage* deben tener las mismas clases terapéuticas que el Formulario del Plan de Salud del Gobierno. **Los copagos no aplican a niños de 0 a 20 años de edad inscritos en Medicaid, personas médico-indigentes según el Estado y niños de 0 a 20 años de edad inscritos en el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) - en grupos de edad de 0 a 20.	
Servicios Dentales Preventivos y Restaurativos	**Preventivo (Niño)** • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 **Preventivo (Adulto)** • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 **Restaurativo** • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 ➢ Servicios dentales no cubiertos por Medicare y/o los beneficios suplementarios de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan del Estado.	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	➢ Los siguientes beneficios están cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno: o Todos los servicios preventivos y correctivos para niños menores de veintiún (21) años; o Terapia Pediátrica de la Pulpa (pulpotomía) para niños menores de veintiún (21) años de edad; o Coronas de acero inoxidable para uso en dientes primarios después de una pulpotomía pediátrica; o Servicios dentales preventivos para adultos; o Servicios dentales restaurativos para adultos; o Un (1) examen oral completo al año; o Un (1) examen periódico cada seis (6) meses; o Un (1) examen oral limitado a un problema definido; o Una (1) serie completa de radiografías intraorales, incluyendo de la mordida, cada tres (3) años; o Una (1) radiografía inicial intraoral/periapical; o Hasta cinco (5) radiografías intraorales/periapicales adicionales por año; o Una (1) radiografía sencilla de mordida al año;	

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	○ Una (1) radiografía doble de mordida al año; ○ Una (1) radiografía panorámica cada tres (3) años; ○ Una (1) limpieza para adulto cada seis (6) meses; ○ Una (1) limpieza para niño cada seis (6) meses; ○ Una (1) aplicación tópica de fluoruro cada seis (6) meses para Afiliados menores de diecinueve (19) años de edad; ○ Selladores de fisura, de por vida, para Afiliados hasta los catorce (14) años de edad, (incluyendo molares deciduos hasta ocho los (8) años de edad, cuando sea médicamente necesario debido a tendencia a caries); ○ Restauración en amalgama; ○ Restauraciones en resina; ○ Endodoncia (root canal); ○ Tratamiento paliativo; ○ Cirugía oral; ○ Servicios de sedación y anestesia para afiliados con discapacidades físicas o mentales, de conformidad con las leyes locales; ○ Raspado periodontal y alisado radicular hasta 4 cuadrantes por beneficiario;	

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	○ Prótesis parciales removibles provisionales (superior e inferior); ○ Visitas al hospital; ○ Todas las limitaciones se pueden exceder en función de la necesidad médica y se pueden aprobar mediante una pre-autorización o un proceso de excepción.	
Servicios Preventivos	• Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 ➢ Servicios de vacunación no cubiertos por: 1. Parte B de Medicare 2. Formulario de la Parte D de la Organización *Medicare Advantage* 3. Beneficios suplementarios del plan de la Organización *Medicare Advantage* 4. No cubiertos por el Programa de Vacunación del Departamento de Salud de Puerto Rico, pero incluido en el Plan Estatal de Medicaid de Puerto Rico ➢ Vacunas Todas las vacunas requeridas para pacientes post-trasplante de médula ósea	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.
Planificación Familiar	• Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	• Código de Cubierta 130- $0 ➢ Servicios de Planificación Familiar no cubiertos por Medicare y/o por los beneficios suplementarios de su plan *Medicare Advantage*, pero incluidos en el Plan del Estado. ➢ Los beneficios de Medicaid de Puerto Rico proporcionan servicios de salud reproductiva y asesoramiento sobre planificación familiar. Estos servicios deben brindarse de manera voluntaria y confidencial, incluyendo los casos en que el beneficiario sea menor de dieciocho (18) años de edad. Los servicios de planificación familiar incluirán, como mínimo, los siguientes: educación y orientación; prueba de embarazo; evaluación para diagnosticar infertilidad; servicios de esterilización de acuerdo con 42 CFR 441.200 subparte F; servicios de laboratorio; costo de inserción/remoción de productos no orales, tales como anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC); al menos uno de cada clase y categoría de método anticonceptivo aprobado por la FDA; al menos uno de cada clase y categoría de método anticonceptivo aprobado por la FDA; y otros medicamentos o métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, cuando sean Médicamente Necesarios y aprobados mediante	

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	Preautorización o por medio de un proceso de excepción y que el Proveedor que lo receta pueda demostrar al menos una de las siguientes situaciones: - Contraindicación con medicamentos que el Afiliado ya está tomando, y no hay otros métodos cubiertos/disponibles que puedan ser utilizados por el Afiliado. - Historial de reacción adversa por parte del Afiliado a los métodos anticonceptivos cubiertos. - Historial de reacción adversa por parte del Afiliado a los medicamentos anticonceptivos que están cubiertos. Requisitos federales para la esterilización: o El beneficiario debe tener al menos 21 años de edad. o El formulario federal de consentimiento debe firmarse entre 30 y 180 días antes del procedimiento. o Las esterilizaciones de emergencia están prohibidas. o Se deben proporcionar servicios de interpretación cuando sea necesario. o La coacción está prohibida.	
Otros Servicios	Rayos X** / Pruebas Diagnósticas Especiales ** / Terapia Respiratoria /	$0 por beneficio cubierto por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Categoría de Beneficio	Plan Medicaid Estatal	PMC Premier Platino
	Cuidado Infantil Saludable / Cirugía Ambulatoria • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 Examen Físico / Cubierta Especial • Código de Cubierta 100- $0 • Código de Cubierta 110- $0 • Código de Cubierta 120- $0 • Código de Cubierta 130- $0 ** Solo aplica a pruebas diagnósticas. El copago no aplica a pruebas requeridas como parte de un servicio preventivo.	

Medicare Platino no puede establecer copagos más altos a los especificados en las tablas del wrap around.

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

1. Los siguientes beneficiarios de Medicaid/CHIP* están exentos de copagos independientemente de su código de cubierta:

- Niños desde 0 a menos de 21 años de edad (0-20 años de edad, inclusive);
- Mujeres embarazadas (durante el embarazo y los 60 días subsiguientes al periodo de parto);
- Los nativos americanos y nativos de Alaska (AI/AN);
- Las personas hospitalizadas; y
- Las personas que reciben cuidados de hospicio.

2. Los beneficiarios de Medicaid/CHIP* están exentos de copagos cuando reciben cualquiera de los siguientes servicios:

- Servicios de emergencia, incluyendo servicios ambulatorios, servicios de hospital y de posestabilización según definido en las regulaciones federales 1932(b)(2) de la Ley y 42 CFR 438.114(a);

- Servicios de planificación familiar y suministros;
- Servicios preventivos provistos a niños menores de 18 años de edad (0-17 años de edad; inclusive);
- Servicios relacionados con el embarazo y consejería y cesación de uso de drogas y tabaco;
- Servicios preventivos del proveedor según se define en 42 CFR 447.26(b);

3. No copago para los servicios provistos por proveedores participantes de la Red Preferida. Las farmacias y dentistas no son parte de la red Preferida de Proveedores; y

4. Copago por visita no de emergencia a sala de emergencia de un hospital puede ser eliminado llamando al centro de llamadas del MCO y recibiendo un código que exima del copago.

Notas:
1. La tabla del wrap around está sujeta a cambios a partir del 01/01/2027.
2. N/A = Medicare cumple o excede el beneficio de PSG
3. Los cambios en los copagos de $0.00 bajo los que no son de medicamentos recetados y los copagos de MH/SA son el resultado del cumplimiento de la Ley de Paridad en la Salud Mental y Equidad en las Adicciones de 2008 (MHPAEA) bajo la tabla del Wrap Around Platino 2027.

*No aplica para Medicare Platino.

Comentarios adicionales:

Rediseño de la Parte D de Medicare para 2026

El rediseño para 2026 incluye:

• Eliminación de la brecha de cubierta.

• Un límite anual de gastos de bolsillo de $2,000.

• Nuevo Programa de Descuentos de Fabricantes (MDRP).

• Programa opcional de distribución de costos para distribuir los gastos de bolsillo a lo largo del año.

• Cubierta para todas las vacunas recomendadas por el ACIP a $0.

A. Cubierta complementaria de medicamentos (Wrap Around)

La cubierta complementaria se aplica únicamente cuando Medicare y la organización de Medicare Advantage (MAO) no cubren el medicamento, pero el Plan Estatal sí lo hace.

Cumplimiento:

• Primero debe completarse el proceso de excepción de CMS.

• La documentación debe demostrar que se intentó utilizar las alternativas del formulario o que estas estaban contraindicadas.

B. Referencias normativas federales

• Medicare: 42 USC §1395; 42 CFR 400–429

• Medicaid: 42 USC §1396; 42 CFR 430–456

• MHPAEA: 42 CFR 438.910

• Esterilización: 42 CFR 441.200–208

• Servicios de emergencia: 42 CFR 438.114

• Rediseño de la Parte D: Regla final de CMS para 2025–2026

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de *PMC Premier Platino*

Los siguientes servicios no están cubiertos por *PMC Premier Platino,* pero están disponibles a través de Medicaid:

- Planificación Familiar
- Servicios dentales preventivos

I. VACUNAS PARA NIÑOS EDADES 0–20 | Estas vacunas siguen el calendario de vacunación pediátrica y para adolescentes vigente de los CDC y ACIP.

Vacunas de rutina

- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Rotavirus (RV)
- DTaP
- Hib
- Polio (IPV)
- Influenza (LAIV o IIV)
- MMR; Varicela (VAR)

	• Tdap • VPH **Vacunas antineumocócicas** | PCV15 y PCV20 (vacunas conjugadas antineumocócicas recomendadas por los CDC); PPSV23 para indicaciones basadas en el riesgo. **Vacunas Antimeningocócicas** | MenACWY-D; MenACWY-CRM; La fórmula de un solo vial no puede ser administrada antes de los 10 años de edad; MenB-4C; MenB-FHbp. **Vacuna contra el dengue |** Recomendada únicamente para niños de 9 a 16 años seropositivos que residen en zonas endémicas; no se recomienda para viajeros ni para personas seronegativas. **Vacunas pediátricas contra la COVID-19 |** Nomenclatura de los CDC: 1v (monovalente), 2v (bivalente), ARNm, aPS; la MAO debe seguir las directrices de los CMS para la COVID-19 pediátrica.
II.	**VACUNAS PARA ADULTOS DE 21 AÑOS EN ADELANTE |** Estas vacunas siguen el calendario de vacunación para adultos de los CDC. **Vacunas de rutina para adultos** • Hib • HepA • HepA-HepB • HepB • VPH • Influenza (IIV4, LAIV4, RIV4) • MMR • Td • Tdap • Varicela (VAR) • Recombinant Zoster (RZV)

	Vacunas Antimeningocócicas | MenACWY-D; MenACWY-CRM; MenACWY-TT; MenB-4C; MenB-FHbp. **Vacunas antineumocócicas** | PCV15; PCV20 (CDC- Vacuna conjugada preferida para adultos); PPSV23.
III.	**PACIENTES POST-TRASPLANTADOS DE MÉDULA ÓSEA | Todas las revacunaciones requeridas deben seguir el calendario de revacunación de los CDC para el trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH).** **Requisito de revacunación |** Se requiere la revacunación completa, independientemente de los antecedentes de inmunización previos.
IV.	**Vacuna COVID-19 (TODAS LAS EDADES) | Las vacunas de COVID-19 no están incluidas en el Wrap Around de Medicaid pero son provistas por el Departamento de Salud de PR (PRDOH).** **Requisitos de cumplimiento** | La MAO debe seguir las instrucciones de los CMS para la cubierta y la administración. Nomenclatura del CDC: 1v, 2v, mRNA, aPS.

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

En esta sección se indican los servicios excluidos.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos por nuestro plan bajo ninguna condición o que están cubiertos por nuestro plan solo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), tiene que pagarlos usted mismo, excepto bajo las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos aún no están cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se decide: en apelación para ser un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, vaya al Capítulo 9, Sección 6.3).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Cirugía o procedimientos estéticos	Cubierto en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica
Cuidado de custodia El cuidado de custodia es el cuidado personal que no requiere atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse	No cubierto bajo ninguna condición
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica	Puede estar cubierto por Medicare Original bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Vaya al Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica)
Cargos cobrados por cuidarle por familiares cercanos o miembros de la familia.	No cubierto bajo ninguna condición
Cuidado de enfermería, a tiempo completo, en su hogar	No cubierto bajo ninguna condición
Servicios de salud a domicilio	Medicare cubre la atención de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente que sea médicamente necesaria.
Servicio de ama de llaves incluyendo asistencia básica en el hogar, como limpieza ligera o preparación simple de alimentos	No cubierto bajo ninguna condición
Cuidado dental no rutinario	Atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético
Artículos personales en su habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No cubierto bajo ninguna condición
Habitación privada en un hospital	Cubierto solo cuando sea médicamente necesario
Reversión de los procedimientos de esterilización y/o de los métodos anticonceptivos sin receta	No cubierto bajo ninguna condición
Queratotomía radial, Cirugía LASIK y otros aparatos de ayuda para poca visión.	Un par de espejuelos (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas después de la cirugía de cataratas
Servicios considerados no razonables e innecesarios, de acuerdo con los criterios de Medicare Original	No cubierto bajo ninguna condición

CAPÍTULO 5: Uso de la cubierta del plan para medicamentos de la Parte D

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

La mayoría de nuestros afiliados cualifican y reciben Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si está en el programa de Ayuda Adicional, **es posible que parte de la información en esta** *Evidencia de Cubierta* **sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso.**

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cubierta de medicamentos de la Parte D de nuestro plan

Vaya a la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Para obtener información sobre la cubierta de Medicaid, consulte los servicios cubiertos por el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico incluidos en el Capítulo 4.

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas reglas:

- Tiene que pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que recete) una receta que sea válida según la ley estatal aplicable.
- Su médico no puede estar en las listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, tiene que usar una farmacia de la red para despachar sus medicamentos con receta (vaya a la Sección 2 o *puede obtener su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan*).
- Su medicamento tiene que estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (vaya a la Sección 3).
- Su medicamento tiene que usarse para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o respaldado por ciertas referencias. (Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Vaya a la Sección 4 para obtener más información).

SECCIÓN 2 Despache su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se despachan en las farmacias de la red de nuestro plan. (Vaya a la Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo cubrimos medicamentos con recetas que obtiene en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proporcionar sus medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos de la Parte D en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestra página electrónica https://mmmpr.com/planes-medicos/proveedores-farmacias y/o llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711).

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa sale de la red de nuestro plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda de Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) o use el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. También puede encontrar información en nuestra página electrónica www.mmmpr.com.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro de cuidado prolongado (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener sus medicamentos de la Parte

D en un centro de LTC, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711).

- Farmacias que apoyan a los Servicios de Salud Indígenas/Tribales/Programa de Salud Indígena Urbano (no está disponible en Puerto Rico). Solo los Indígenas Americanos o Indígenas de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red, excepto en casos de emergencia.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. Para localizar una farmacia especializada, vaya a su *Directorio de Proveedores y Farmacias* *www.mmmpr.com* o llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711).

Sección 2.2 El servicio de pedidos por correo de nuestro plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. Generalmente, los medicamentos proporcionados a través de pedidos por correo son medicamentos que toma regularmente, para una condición médica crónica o a largo plazo. Estos medicamentos están marcados como **MT** en nuestra Lista de medicamentos.

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus recetas por correo, comuníquese con Servicios al Afiliado a los números que aparecen al final de este documento.

Por lo general, se le entregará un pedido de farmacia por correo en no más de 10 días. Si el pedido por correo se retrasa, puede llamar a la farmacia Walgreens más cercana o comunicarse con un número gratuito al 866-525-1590 con la información de la receta. Walgreens Mail Service se comunicará con el médico para obtener una nueva receta que llegará el siguiente día hábil; se aplican cargos de envío nocturno. El servicio de recarga automática está disponible y el beneficiario debe comunicarse con Walgreens Mail Service tres semanas antes del próximo despacho para cancelar o cambiar el servicio.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente de la oficina de su médico. Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de cuidado médico, se comunicará con usted para ver si desea despachar el medicamento de inmediato o en un momento posterior. Es importante responder cada vez que la farmacia se comunique con usted, para informarles si deben enviar, retrasar o detener la nueva receta.

Repeticiones de recetas por correo. Para repeticiones de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de repeticiones automáticas. Bajo este programa, comenzamos a procesar su próxima repetición automáticamente cuando nuestros registros muestran que debería estar cerca de quedarse sin su medicamento.

La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada repetición para asegurarse de que necesite más medicamentos, y puede cancelar las repeticiones programadas si tiene suficientes medicamentos o si su medicamento ha cambiado.

Si elige no usar nuestro programa de repeticiones automáticas, pero aún desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia *15* días antes de que se agote su receta actual. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para optar por no participar en nuestro programa que prepara automáticamente las repeticiones de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a los números del Centro de Atención al Cliente de Walgreens Mail Service: Inglés: 1-800-489-2197, TTY: 1-800-925-0178, Español: 1-800-778-5427, TTY: 1-800-925-0178.

Si recibe una repetición automáticamente por correo que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece 2 formas para obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma regularmente, para una condición médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su Directorio de Proveedores y Farmacias *www.mmmpr.com* le indica qué farmacias de nuestra red pueden brindarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) para obtener más información.
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Vaya a la Sección 2.2 para obtener más información.

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

Por lo general, cubrimos los medicamentos despachados en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede obtener recetas como afiliado de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios al Afiliado al *787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711)*** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos las recetas despachadas en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay una farmacia de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que brinde servicio las 24 horas.
- Si está tratando de obtener un medicamento recetado que no se almacena regularmente en una farmacia minorista accesible de la red (incluidos medicamentos únicos y de alto costo).
- Si está recibiendo una vacuna que es médicamente necesaria pero que no está cubierta por la Parte B de Medicare o algunos medicamentos cubiertos que se administran en la oficina de su médico.

Si tiene que usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total en el momento en que se despache su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos. (Vaya al Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de Cubierta*, **la llamamos la Lista de Medicamentos.**

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. 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. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. La lista de medicamentos incluye medicamentos de Medicaid cubiertos por nuestro plan.

Por lo general, cubrimos un medicamento en la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre y cuando siga las otras reglas de cubierta explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está:

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o la condición para la que se receta, o
- Respaldado por ciertas referencias, como el compendio American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

Medicamentos que no están en la lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

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

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

- Consulte la lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
- Visite la página electrónica de nuestro plan www.mmmpr.com. La Lista de Medicamentos en la página electrónica es siempre la más actualizada.
- Llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la lista de medicamentos de nuestro plan o solicite una copia de la lista.
- Use la "Herramienta de beneficios en tiempo real" (www.afiliadommm.com) de nuestro plan 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 condición. También puede llamar a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cubierta

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos recetados, las reglas especiales restringen cómo y cuándo los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar medicamentos de la manera más efectiva. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funcionará tan bien médicamente como un medicamento de mayor costo, las reglas de nuestro plan están diseñadas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de cuidado médico, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus 2 por día; tableta versus líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tienen que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cubierta para el medicamento. **Si desea que eliminemos la restricción por usted, tiene que utilizar el proceso de decisión de cubierta y pedirnos que hagamos una excepción.** Podemos o no aceptar a la restricción por usted. (Vaya al Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento por usted. Esto se llama **autorización previa**. 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 nuestro plan no cubra su medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) o en nuestra página electrónica https://mmmpr.com/planes-medicos/formulario-medicamentos.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos pero generalmente igual de efectivos antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica y el medicamento A es menos costoso, nuestro plan puede requerir que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) o en nuestra página electrónica https://www.mmm-pr.com/planes-medicos/formulario-medicamentos.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que se despache su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo

una pastilla por día para un determinado medicamento, podemos limitar la cubierta de su receta a no más de una pastilla por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría

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

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O una versión genérica del medicamento puede estar cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cubierta.

Si su medicamento no está en la lista de medicamentos o está restringido, estas son las opciones que puede hacer:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporero del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporero

Bajo ciertas circunstancias, nuestro plan tiene que proporcionar un suministro temporero de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporero le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para un suministro temporero, el medicamento que toma **ya no tiene que estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan** O **ahora está restringido de alguna manera**.

- **Si es un afiliado nuevo,** cubriremos un suministro temporero de su medicamento durante los primeros ***90 días*** de su afiliación en nuestro plan**.**
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporero de su medicamento durante los primeros ***90 días*** del año natural.
- Este suministro temporero será por un máximo de *30 días*. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos múltiples despachos para proporcionar un suministro de medicamentos de hasta un máximo de *30 días*. La receta tiene que despacharse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de cuidado prolongado puede

proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el desperdicio).

- **Para los afiliados que han estado en nuestro plan durante más de *90 días* y viven en un centro de cuidado prolongado y necesitan un suministro de inmediato:** cubriremos un *suministro de emergencia de 31 días* de un medicamento en particular, o menos si su receta está escrita para menos días. Esto se suma al suministro temporero anterior.
- **Para aquellos afiliados que han sido dados de alta de un hospital, hospital psiquiátrico u otro centro de atención de nivel a su hogar o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada:**
  Cubriremos un suministro de 30 días de medicamentos no incluidos en la Lista de medicamentos o restringidos en la Lista de medicamentos de alguna manera (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad).

Si tiene preguntas sobre un suministro temporero, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711).

Durante el tiempo en que esté usando un suministro temporero de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporero. Tienes 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si un medicamento diferente cubierto por nuestro plan puede funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

Opción 2. Puedes solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, 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.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, vaya al Capítulo 9, Sección 7.4 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cubierta de medicamentos ocurren al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan puede hacer algunos cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la lista de medicamentos**.
- **Agregar o eliminar una restricción en la cubierta de un medicamento**.
- **Reemplazar un medicamento de marca con una versión genérica del medicamento.**
- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Tenemos que seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cubierta de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestra página electrónica sobre esos cambios. También actualizamos nuestra lista de medicamentos en línea con regularidad. A veces, recibirá un aviso directo si se realizaron cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cubierta de medicamentos que lo afectan durante este año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y <u>eliminar o realizar cambios inmediatos</u> en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
    - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La nueva versión del medicamento será con las mismas o menos restricciones.
    - Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Podemos hacer estos cambios de inmediato y decírselo más tarde, incluso si toma el medicamento que eliminamos o le hacemos cambios. Si toma el medicamento similar en el momento en que hacemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos**
    - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La versión del medicamento que agreguemos será con las mismas o menos restricciones.
    - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio o informarle sobre el cambio y cubriremos un despacho de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
    - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de hacer el cambio.
- **Hacer otros cambios a los medicamentos en la Lista de Medicamentos.**
    - Es posible que hagamos otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
    - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios o informarle sobre el cambio y cubriremos un despacho adicional de *30* días del medicamento que toma.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con su médico sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su condición, o solicite una decisión de cubierta para cumplir con las nuevas restricciones sobre el medicamento que está tomando. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cubierta, incluida una excepción, vaya al Capítulo 9.

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

Es posible que realicemos 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 lo afectarán durante el año del plan actual son:

- Ponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si ocurre alguno de estos cambios para un medicamento que toma (excepto por retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre este tipo 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 toma que lo afecte durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Se excluyen algunos tipos de medicamentos recetados. Esto significa que ni Medicare ni Medicaid pagan por estos medicamentos.

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, vaya al Capítulo 9). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, debe pagarlo usted mismo.

Aquí hay 3 reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- La cubierta de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no indicado en la etiqueta* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service y el sistema de información Micromedex DRUGDEX. *El uso fuera de etiqueta* es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta de un medicamento según lo aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertas por Medicare o Medicaid.

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad

- Medicamentos utilizados para aliviar los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Los medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante requiere pruebas asociadas o servicios de monitoreo deben comprarse solo al fabricante como condición de venta

Si recibe Ayuda Adicional para pagar sus recetas, la Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene cubierta de medicamentos a través de Medicaid, el programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cubierta de medicamentos puede estar disponible para usted. (Encuentre números de teléfono e información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo despachar una receta

Para despachar su receta, proporcione la información de afiliación de nuestro plan (que se puede encontrar en su tarjeta de afiliado) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan por su medicamento.

Si no tiene la información de afiliación de nuestro plan con usted, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de afiliación de nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la recoja**. A continuación, puede **solicitarnos un reembolso**. Vaya al Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso de nuestro plan.

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

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

Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cubierta descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en un centro de cuidado prolongado (LTC)

Por lo general, un centro de cuidado prolongado (LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que usa, siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Proveedores y Farmacias https://mmmpr.com/planes-medicos/proveedores-farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que usa es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711). Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda obtener sus beneficios de la Parte D de forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si usted es residente en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera, vaya a la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporero o de emergencia.

Sección 9.3 Si está en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, nuestro plan tiene que recibir una notificación del médico que receta o de su proveedor de hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de hospicio o a su médico que le proporcione una notificación antes de despachar su receta.

En caso de que revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en una

farmacia cuando finalice su beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos

Realizamos revisiones sobre el uso de medicamentos para ayudar a garantizar que nuestros afiliados reciban atención segura y adecuada.

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

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma condición
- 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 de medicamentos que tienen ingredientes a los que es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides

Si vemos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.1 Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los afiliados a usar medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los afiliados usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa para el Manejo de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas recetados puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas en ciertas farmacias

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de cierto médico (s)
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le dirá si limitamos la cubierta de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y sobre cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cubierta para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Vaya al Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le colocará en nuestro DMP si tiene ciertas condiciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia de células falciformes, está recibiendo cuidados de hospicio, cuidados paliativos o de fin de vida, o vive en un centro de cuidado prolongado.

Sección 10.2 Manejo de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM) para ayudar a los afiliados a administrar los medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros afiliados con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros afiliados obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos afiliados que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de costos de medicamentos o están en un DMP para ayudarlos a usar opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si cualifica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma y cuándo y por qué los toma. Además, los afiliados del programa MTM obtendrán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado médico. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decides no participar, notifícanos y te retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen 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

Usamos "medicamentos" en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cubierta de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cubierta de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por Medicaid.

Para comprender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus recetas y qué reglas seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El capítulo 5 explica estas reglas. Cuando usa la "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan para buscar cubierta de medicamentos www.afiliadommm.com el costo que ve muestra una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada en la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711).

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

La mayoría de nuestros afiliados cualifican y reciben Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si recibe Ayuda adicional, **es posible que parte de la información en esta** *Evidencia de cubierta* **sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso.**

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede pedir que pague:

- **El deducible** es la cantidad que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra parte.
- **El copago** es una cantidad fija que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- **El coaseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.2 Cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta para sus costos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para realizar un registro de sus costos de bolsillo.

Estos pagos <u>están incluidos</u> en sus gastos de bolsillo

Sus costos de bolsillo **incluyen** los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y haya seguido las reglas para la cubierta de medicamentos explicadas en el Capítulo 5):

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La etapa de cubierta inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año natural como afiliado de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos por Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos contra el SIDA, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Pasando a la etapa de cubierta catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) han gastado un total de $2,400 en costos de bolsillo dentro del año natural, pasa de la Etapa de Cubierta Inicial a la Etapa de Cubierta Catastrófica.

Estos pagos <u>no están incluidos</u> en sus costos de bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cubierta fuera de la red
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cubierta de Medicare.

- Pagos que realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos de sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, Compensación para trabajadores)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos bajo el Programa de Descuento para Fabricantes

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus costos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711).

Registro de sus costos totales de bolsillo

- La *Explicación de beneficios* (EOB) de la Parte D que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando esta cantidad alcance $2,400, la *EOB de la Parte D* le dirá que abandonó la etapa de cubierta inicial y pasó a la etapa de cubierta catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Vaya a la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para afiliados *de PMC Premier Platino*

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cubierta de medicamentos bajo *PMC Premier Platino*. La cantidad que pague por cada medicamento recetado depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga o vuelva a surtir un medicamento recetado. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son:

- **Etapa 1: Etapa del deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cubierta inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cubierta catastrófica**

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan realiza un registro de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que realiza cuando obtiene sus medicamentos recetados en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Hacemos un registro de 2 tipos de costos:

- **Costos de bolsillo:** esto es lo que pagó. Esto incluye lo que pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos y cualquier pago realizado por sus medicamentos por Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información de ese mes**. Este informe proporciona detalles de pago sobre los medicamentos recetados que obtuvo durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre los cambios en el precio desde el primer despacho para cada reclamo de medicamento recetado de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamo de medicamentos recetados, si corresponde

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

Para realizar un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por los medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de afiliado cada vez que obtenga un medicamento recetado.** Esto ayuda a asegurarnos de que sepamos sobre los medicamentos recetados que obtiene y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un registro de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de sus costos de bolsillo, provéanos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando paga un copago por medicamentos proporcionados bajo un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o 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 nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya al Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hacen por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y organizaciones benéficas cuentan para sus costos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos realizar un registro de sus costos.
- **Consulte el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *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 Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711). Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para PMC Premier Platino

No hay deducible para *PMC Premier Platino*. Comienza en la etapa de cubierta inicial cuando obtiene su primera receta para el año. Vaya a la Sección 5 para obtener información sobre su cubierta en la Etapa de Cubierta Inicial.

SECCIÓN 5 La etapa de cubierta inicial

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

Durante la etapa de cubierta inicial, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte (su copago). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde obtiene su receta.

Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos recetados obtenidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5 para conocer cuándo cubriremos un medicamento recetado surtido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y la obtención de los medicamentos con receta, vaya al Capítulo 5 y al *Directorio de Proveedores y Farmacias* de nuestro plan https://mmmpr.com/planes-medicos/proveedores-farmacias.

Sección 5.2 Sus costos para un suministro de *un mes* de un medicamento cubierto

Durante la etapa de cubierta inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago.

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

Nivel	Costo compartido estándar (en farmacia de la red) (suministro por hasta 30 días)	Costo compartido en farmacia de la red para cuidado prolongado (*LTC*) (suministro por hasta 31días)	Costo compartido fuera de la red (La cubierta está limitada a ciertas situaciones; vea el Capítulo 5 para detalles). (suministro por hasta 30 días)
Medicamentos cubiertos	**$0** de copago	**$0** de copago	**$0** de copago

Vaya a la Sección 8 para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, la cantidad que paga por un medicamento cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que tenga menos de un mes de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le despache menos de un mes completo si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de reabastecimiento.

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

- Si usted es responsable del coaseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coaseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo paga por la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un mes completo. Calculamos la cantidad que paga por día por su medicamento (la tasa diaria de costos compartidos) y la multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos por suministro a largo plazo hasta 90- días de un medicamento cubierto de la Parte D

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

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

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

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de Cubierta Inicial hasta que sus costos de bolsillo para el año alcancen los $2,400

Permanece en la etapa de cubierta inicial hasta que sus costos de bolsillo totales alcancen $2,400. Luego pasa a la etapa de cubierta catastrófica.

La *EOB de la Parte D* que reciba lo ayudará a realizar un registro de cuánto usted, nuestro plan y terceros han gastado en su nombre durante el año. No todos los afiliados alcanzarán el límite de desembolso $2,400 en un año.

Le informaremos si alcanza esta cantidad. Vaya a la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La etapa de cubierta catastrófica

En la etapa de cubierta catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Ingresa a la etapa de cubierta catastrófica cuando sus costos de bolsillo alcanzan el límite de $2,400 para el año natural. Una vez que esté en la etapa de cubierta catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año natural.

- Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las 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 de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted. Vaya a la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) para obtener información sobre la cubierta y los costos compartidos sobre vacunas específicas.

Hay 2 partes en nuestra cubierta de las vacunas de la Parte D:

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es por el costo de **administrarle la vacuna**. (Esto a veces se llama la administración de la vacuna).

Sus costos para una vacuna de la Parte D dependen de 3 cosas:

1. **Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor en Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés).**

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.

2. **Dónde se recibe la vacuna.**
   - La vacuna en sí puede ser despachada por una farmacia o proporcionada por la oficina del médico.
3. **Quién le da la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarlo en la oficina médica.

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

- Cuando recibe una vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo del proveedor para administrarle la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, solo paga su parte del costo de su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

A continuación, se presentan 3 ejemplos de formas en que puede recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Si tiene esta opción o no depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor se la administre.
- Luego puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará la cantidad total que pagó. Para otras vacunas de la Parte

D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida la administración)

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Luego puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos del Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará la cantidad total que pagó.

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

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

Nuestros proveedores de la red facturan directamente a nuestro plan por sus servicios y medicamentos cubiertos, no debería recibir una factura por servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total del cuidado médico o los medicamentos que recibió, envíenos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios y medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por nuestro plan, puede pedirle a nuestro plan que le pague de vuelta (pagarle de vuelta se le llama **reembolsarle**). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que tenga que cumplir para que le paguen. Vaya a la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total del cuidado médico que recibió o por más de su parte de los costos compartidos. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que es posible que deba pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que recibió:

1. Cuando recibió cuidado médico de emergencia o urgente de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

- Puede obtener servicios de emergencia o urgentes de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea parte de nuestra red o no. En estos casos, pídale al proveedor que facture a nuestro plan.
- Si paga la cantidad total usted mismo en el momento en que recibe el cuidado, pídanos que le reembolsemos por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
    - Si ya pagó más de su parte del costo por el servicio, determinaremos cuánto debe y le reembolsaremos por nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que cree que no debe pagar

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

- Solo tiene que pagar la cantidad de su costo compartido cuando reciba servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, llamados **facturación de saldo**. Esta protección (que nunca pague más que la cantidad de su costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. No permitimos que los proveedores le facturen por los servicios cubiertos. Pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de red que crea que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó 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. Pídanos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debía según nuestro plan.

3. Si se afilió retroactivamente en nuestro plan

A veces, la afiliación de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su afiliación ya ha pasado. La fecha de afiliación puede haber ocurrido incluso el año pasado).

Si se afilió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de afiliación, puede solicitarnos que le devolvamos el dinero por nuestra parte del costo. Debe enviar documentación como recibos y facturas para que podamos manejar el reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando eso sucede, debe pagar el costo total de su medicamento recetado.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.4 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene nuestra tarjeta de afiliado del plan con usted

Si no tiene nuestra tarjeta de afiliado del plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o busque la información de afiliación de nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener la información de afiliación que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta usted mismo.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos 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 la receta.

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

Puede pagar el costo total del medicamento recetado porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la lista de medicamentos de nuestro plan o que tenga un requisito o restricción que no conocía o que no cree que deba aplicarse a usted. Si decide recibir el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total del mismo.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para devolverle nuestra parte del costo del medicamento. 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 la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se llama tomar una **decisión de cubierta**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o

medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El capítulo 9 tiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede pedirnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros. **Tiene que enviarnos su reclamación dentro de los *12* meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento. El reembolso se realizará de acuerdo con el pago de Medicare ola tarifa contratada por el plan.

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido (deberá especificar el nombre del proveedor, el número de teléfono, el servicio con fecha de servicio, el comprobante de pago y el número de afiliado).
- Descargue una copia del formulario de nuestra página electrónica www.mmmpr.com o llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) y solicite el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago por **Servicios Médicos** junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

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

Envíenos por correo su solicitud de pago por **Servicios de Farmacia** junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

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

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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional de usted. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cubierta.

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento está cubierto y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse la cantidad total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento *no* están cubiertos, o si *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo del cuidado médico o el medicamento. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no enviamos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le decimos que no pagaremos por todo o parte de cuidado médico o medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o la cantidad que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre cómo hacer esta apelación, vaya al Capítulo 9.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan tiene que honrar sus derechos y sensibilidades culturales

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

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

Nuestro plan tiene disponibles servicios de intérprete gratuitos para responder preguntas de afiliados que no hablan español. También le podemos ofrecer información en inglés, braille, letra agrandada u otros formatos alternos, libres de costo, de necesitarlos. Se nos requiere entregarle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y apropiado para usted. Para obtener la información en un formato adecuado para usted, por favor comuníquese con Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (Usuarios de TTY llamen al 711).

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

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar con un especialista en salud femenina o encontrar un especialista de la red, por favor llame para presentar una querella con Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (Usuarios de TTY llamen al 711). Usted también puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-

7697.

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

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan may meet these accessibility requirements include, but aren't limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in Spanish, braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 787-620-2397, 1-866-333-5470 (Toll Free) (TTY users call 711).

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

If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services at 787-620-2397, 1-866-333-5470 (Toll Free) (TTY users call 711). You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

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

Tiene derecho a elegir un médico primario (PCP) en la red de nuestro plan para proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin referido.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos

de especialistas cuando necesite ese cuidado. También tiene derecho a obtener sus medicamentos recetados o resurtir sus medicamentos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su cuidado médico o medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 9 le dice lo que puede hacer.

Sección 1.3 Tenemos que proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su información de salud personal incluye la información que nos proporcionó cuando se afilió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información médica. Le damos un aviso por escrito, llamado *Aviso de Práctica de Privacidad*, que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información médica a alguien que no le brinde cuidados o no pague por su cuidado, *debemos obtener primero su permiso por escrito o de alguien a quien le haya dado poder legal para tomar decisiones por usted.*
- Hay ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su permiso por escrito de antemano. Estas excepciones están permitidas o requeridas por la ley.
    - Estamos obligados a divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que verifican la calidad del cuidado.
    - Debido a que es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a ver sus registros médicos en nuestro plan y a obtener una copia de sus registros. Podemos cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información o correcciones a sus registros médicos. Si nos pide que hagamos

esto, trabajaremos con su proveedor de cuidado médico para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711).

I. Aviso de Prácticas de Privacidad (NOPP, por sus siglas en inglés) Expedido al Momento de la Afiliación

Aviso sobre Prácticas De Privacidad

Información importante sobre sus derechos y nuestras responsabilidades

Proteger su información personal de salud es importante. Anualmente, estamos obligados a enviarle información específica sobre sus derechos y algunas de nuestras obligaciones para ayudar a mantener su información segura. Este aviso combina tres (3) de estas comunicaciones anuales obligatorias:

- Aviso de prácticas de privacidad
- Aviso de prácticas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés)
- Beneficios de la cirugía de reconstrucción de seno

¿Le gustaría no tener que usar papel y leer esto en línea o en su aplicación móvil? Visite www.mmmpr.com o llame al número de Servicios al Afiliado que aparece en su tarjeta de identificación del plan para obtener una copia de esta notificación.

Aviso Estatal Sobre Prácticas De Privacidad

Cuando se trata de manejar su información de salud, seguimos las leyes estatales pertinentes las que, a veces, son más estrictas que la ley federal de privacidad HIPAA. Este aviso:

- Explica sus derechos y nuestras obligaciones de acuerdo con la ley estatal.
- Aplica a los beneficios de salud, dentales, de visión y de seguro de vida que pueda tener.

Es posible que su estado le otorgue derechos adicionales para limitar la divulgación de sus datos de salud. Para más información, llame al número de teléfono de Servicios al Afiliado que aparece en su tarjeta de identificación del plan.

Su información personal

Su información personal no pública (privada / PI, por sus siglas en inglés) le identifica y, a menudo, se recopila para propósitos de seguros. Usted tiene derecho a ver y corregir su PI. Podemos recopilar, utilizar y compartir su PI como se describe en este aviso. Nuestro objetivo es proteger su PI porque su información puede ser utilizada para pasar juicio / tomar decisiones sobre su salud, finanzas, carácter, hábitos, aficiones, reputación, carrera y crédito.

Podemos recibir su PI de terceros, como médicos, hospitales u otras compañías de seguros. También podemos compartir su PI con terceros ajenos a nuestra empresa, en algunos casos, sin su aprobación. Pero tomamos medidas razonables para proteger su información. Si una actividad requiere que le demos la oportunidad de excluirse, se lo haremos saber, y le indicaremos cómo comunicarnos que no desea que utilicemos o compartamos su PI para una actividad de la que puede excluirse.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, DENTAL Y DE VISIÓN, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE.

Aviso De HIPAA Sobre Prácticas De Privacidad

Mantenemos la privacidad de la información salud y financiera de nuestros afiliados, actuales y pasados, tal y como lo exigen la ley, los estándares de acreditación y nuestras propias reglas internas. La ley federal también nos obliga a entregarle este aviso para explicarle sus derechos y nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad.

Su información protegida de salud

Hay ocasiones en las que podemos recopilar, utilizar y compartir su Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) según lo permita o exija la ley, incluida la ley de privacidad HIPAA. He aquí algunas de esas ocasiones:

Pagos: Recopilamos, utilizamos y compartimos PHI para manejar su cuenta y sus beneficios, o para pagar las reclamaciones por el cuidado de salud que recibe a través de su plan.

Operaciones de Cuidados de Salud: Recopilamos, utilizamos y compartimos PHI para nuestras operaciones de cuidados de salud.

Labores de Tratamiento: No proporcionamos tratamiento, pero recopilamos, utilizamos y compartimos información sobre su tratamiento para ofrecerle servicios que puedan ayudarle, incluido el intercambio de información con otras personas que le proporcionen tratamiento.

Ejemplos de formas en que utilizamos su información:

- Conservamos información archivada sobre sus pagos de primas y deducibles.
- Podemos darle información a la oficina de un médico para confirmar sus beneficios.

- Podemos compartir la explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) con el suscriptor de su plan (aseguradora) a efectos de pago.
- Podemos compartir su PHI con su médico u hospital para que puedan tratarle.
- Podemos utilizar PHI para comprobar / analizar la calidad de la atención y los servicios que recibe.
- Podemos utilizar PHI para ayudarle con servicios para condiciones como asma, diabetes o lesiones traumáticas.
- Podemos recopilar y utilizar datos públicos y/o comercialmente disponibles sobre usted para apoyarle y ayudarle a obtener beneficios y servicios del plan de salud.
- Podemos utilizar su PHI para crear, utilizar o compartir datos anonimizados / de identificados según lo permitido por HIPAA.
- También podemos usar y compartir PHI, directa o indirectamente, con agencias de información de salud para pagos, operaciones de cuidado médico y tratamiento. Si no desea que se comparta su PHI en estas situaciones, visite: www.mmmpr.com para obtener más información.

Compartir su PHI con usted: Tenemos que darle acceso a su propia PHI. También podemos ponernos en contacto con usted para informarle sobre opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Cuando usted o sus dependientes lleguen a cierta edad, podríamos informarle sobre otros planes o programas para los que puede ser elegible, incluida la cubierta individual. También podríamos enviarle recordatorios sobre revisiones (chequeos / exámenes) y pruebas médicas rutinarias. Es posible que reciba correos electrónicos que contengan PHI limitada, como materiales de bienvenida. Le pediremos permiso antes de ponernos en contacto con usted.

Compartir su PHI con terceros: En la mayoría de los casos, si utilizamos o compartimos su PHI fuera de las actividades de tratamiento, pago, operaciones o investigación, tenemos que, primero, obtener su aprobación por escrito. También tenemos que obtener su permiso por escrito antes de:

- Utilizar su PHI para determinadas actividades de mercadeo.
- Vender su PHI.
- Compartir cualquier nota de psicoterapia de su médico o terapeuta.

También podríamos necesitar su permiso por escrito para otras situaciones no mencionadas anteriormente. Usted siempre tiene derecho a cancelar cualquier permiso escrito que haya dado en cualquier momento.

Tiene el derecho y la opción de informarnos que podemos:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas relacionadas con su tratamiento actual o con el pago por sus cuidados.
- Compartir información en una situación de emergencia o de ayuda en caso de desastre.

Si no puede indicarnos lo que prefiere, por ejemplo, en caso de una emergencia o si está inconsciente, podríamos compartir su PHI si consideramos que es lo mejor para usted. También

podríamos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave y probable para su salud o seguridad.

Otras razones por las que podemos utilizar o compartir su información:
Se nos permite, y en algunos casos se nos exige, compartir su información de otras formas, normalmente para el bien del público, como la salud pública y la investigación. Podemos compartir su información para estos fines específicos:

- Ayudar en cuestiones de salud y seguridad públicas, como:
  - Prevención de enfermedades
  - Ayuda en la retirada de productos del mercado
  - Notificación de reacciones adversas a los medicamentos
  - Notificación de sospechas de maltrato, negligencia o violencia doméstica
  - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona
- Llevar a cabo investigaciones de salud.
- Cumplir con la ley, si esta exige compartir su información.
- Responder a las entidades de donación de órganos para investigación y otras razones.
- Atender solicitudes de indemnización por accidentes laborales, de las fuerzas de ley y orden, y otras solicitudes gubernamentales, y para alertar a las autoridades competentes si consideramos que puede ser víctima de abuso u otros delitos.
- Responder a demandas y acciones legales.
- Responder al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para propósitos de cumplimiento y aplicación de las reglas de HIPAA.

Si está afiliado a nosotros a través de un patrono, podríamos compartir su PHI con su plan de salud grupal. Si el patrono paga su prima o parte de ella, pero no paga sus reclamaciones de seguro médico, su patrono solo puede tener su PHI por razones permitidas y está obligado por ley a protegerla.

Autorización: Obtendremos su autorización por escrito antes de utilizar o compartir su PHI para cualquier fin no indicado en este aviso. Usted puede cancelar su autorización en cualquier momento, por escrito. Entonces, dejaremos de utilizar su PHI para ese fin. Pero si ya hemos utilizado o compartido su PHI con su permiso, no podemos deshacer ninguna acción que hayamos tomado antes de que usted nos indicara que dejáramos de hacerlo.

Información genética: No podemos utilizar su información genética para decidir si le damos cubierta o decidir el precio de esa cubierta.

Raza, etnia, idioma, orientación sexual e identidad de género: Podríamos recoger, inferir, recibir y/o mantener información sobre su raza, etnia, idioma, estado de discapacidad, orientación sexual e identidad de género y proteger esta información como se describe en este aviso. Podríamos utilizar esta información para ayudarle, incluyendo identificar sus necesidades específicas, desarrollar programas y materiales educativos, y ofrecerle servicios de interpretación. No utilizamos información sobre raza, etnia, idioma, estado de discapacidad, orientación sexual e

identidad de género para decidir si le damos cubierta, qué tipo de cubierta y el precio de esta. No compartimos esta información con personas no autorizadas.

Tenga en cuenta que MMM Healthcare, LLC. ("MMM") y sus subsidiarias, cumplen con la Orden Ejecutiva 14168.

Sus derechos

Según la ley federal, usted tiene derecho a:

- Enviarnos una solicitud por escrito para ver u obtener una copia de su PHI, incluyendo solicitar copia de su PHI por correo electrónico. Recuerde que existe el riesgo de que su PHI pueda ser leída por terceros cuando se envía sin cifrar; es decir, por correo electrónico regular. Por lo tanto, antes de enviársela, confirmaremos que desea recibir su PHI por correo electrónico no cifrado. Usualmente, le proporcionaremos una copia de su PHI en 30 días a partir de su solicitud. Si necesitamos más tiempo, se lo comunicaremos.
- Pedirnos que corrijamos su PHI porque entiende está incorrecta o incompleta. Si otra persona, como su médico, nos ha facilitado la PHI, se lo comunicaremos para que pueda pedirle que la corrija. Es posible que rechacemos su solicitud, pero le comunicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.
- Enviarnos una solicitud por escrito para que no utilicemos su PHI para situaciones de tratamiento, pago u operaciones de cuidados de salud. Es posible que digamos "no" a su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito.
- Solicitarnos comunicaciones confidenciales. Puede pedirnos que le enviemos su PHI o que nos pongamos en contacto con usted por otros medios que sean razonables. También, puede informarnos si desea que le enviemos su correo a otra dirección si enviarlo a su hogar pudiera ponerle en peligro.
- Enviarnos una solicitud por escrito para pedirnos una lista de con quiénes hemos compartido su PHI. Por lo general, le proporcionaremos una lista en un plazo de 60 días a partir de su solicitud. Si necesitamos más tiempo, se lo comunicaremos.
- Pedirnos una restricción para los servicios que paga de su bolsillo: Si usted paga la totalidad de cualquier servicio médico de su propio bolsillo, tiene derecho a solicitar una restricción. La restricción impediría utilizar o compartir esa PHI por motivos de tratamiento, pago u operaciones. Si usted o su proveedor nos presentan una reclamación, es posible que no aceptemos una restricción (véase "Sus derechos" más arriba). Si una ley exige compartir su información, no tenemos por qué aceptar su restricción.
- Llame a Servicios al Afiliado al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación del plan para ejercer cualquiera de estos derechos. Un representante puede darle la dirección a la que debe enviar la solicitud. También puede facilitarle cualquier formulario que tengamos que pueda ayudarle en este proceso.

Cómo protegemos la información

Estamos comprometidos a proteger su PHI, y hemos establecido una serie de políticas y prácticas de información para ayudar a mantener su PHI segura y privada. Si creemos que su PHI ha sido filtrada / vulnerada, tenemos que hacérselo saber.

Mantenemos segura su PHI oral, escrita y electrónica utilizando los procedimientos adecuados y a través de medios físicos y electrónicos. Estas medidas de seguridad cumplen con las leyes federales y estatales. Algunas de las formas en que mantenemos segura su PHI incluyen la seguridad de las oficinas que albergan PHI, la protección de las computadoras mediante contraseña, y el cierre con llave de las áreas de almacenaje y los archivos. Exigimos a nuestros empleados que protejan la PHI mediante políticas y procedimientos escritos. Estas políticas limitan el acceso a la PHI únicamente a aquellos empleados que necesitan los datos para realizar su trabajo. Los empleados también están obligados a llevar tarjetas de identificación para ayudar a mantener a las personas no autorizadas fuera de las áreas donde se guarda su PHI. Además, cuando así lo exige la ley, nuestros socios comerciales tienen que proteger la privacidad de los datos que compartimos con ellos mientras trabajan con nosotros. No se les permite dar su PHI a otros sin su permiso por escrito, a menos que la ley lo permita y esté indicado en este aviso.

Posible impacto de otras leyes aplicables

HIPAA, la ley federal de privacidad generalmente no anula otras leyes que dan mayores protecciones de privacidad a las personas. En consecuencia, si alguna ley de privacidad estatal o federal nos exige que le demos más protecciones de privacidad, entonces tenemos que seguir esa ley además de HIPAA. Un ejemplo es con la sobre Trastornos por Consumo de Sustancias (SUD) que podemos recibir por proveedores o programas regulados por la ley federal (42 CFR Part 2). Todas las divulgaciones sobre información SUD deben cumplir con todas las leyes de privacidad federales y estatales aplicables. Se nos permite Usar u Divulgar información SUD para ciertas actividades de Tratamiento, Pago y Operaciones de Cuidado de Salud. Usted tiene derecho a consentir la divulgación de información SUD en ciertas circunstancias. Puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.
Sus registros de información SUD Parte 2 (o el testimonio de alguien sobre lo que dicen esos registros) no pueden usarse ni compartirse en un caso en su contra en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos a menos que:

- Usted otorgue permiso por escrito, o
- Un tribunal ordene la divulgación y la orden esté acompañada por un subpoena o un requerimiento legal similar y que usted (o la persona que posee los registros con información SUD) recibe una notificación y tiene la oportunidad de hablar con el tribunal antes de que se compartan los registros.

Para más información

Para obtener más información sobre cómo recopilamos y utilizamos su información, sus derechos de privacidad y detalles sobre otras leyes de privacidad estatales y federales, visite nuestra página web sobre privacidad en: https://www.mmmpr.com.

Llamarle o enviarle mensajes de texto

Nosotros, incluidos nuestros socios de negocios y/o proveedores, podríamos llamarle o enviarle mensajes de texto utilizando un sistema telefónico automatizado y/o mensajes pregrabados. Pero solo haremos esto de acuerdo con la Ley de Protección del Consumidor Telefónico (TCPA, por sus siglas en inglés). Las llamadas pueden ser sobre opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud para usted. Si no desea que nos pongamos en contacto con usted por teléfono, hágaselo saber a la persona que llama o llame al: 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos), 711 (TTY-audio impedidos) para añadir su número de teléfono a nuestra lista "No llamar". Entonces, dejaremos de llamarle o enviarle mensajes de texto.

Quejas

Si entiende que no hemos protegido su privacidad, puede presentarnos una queja en el número de teléfono de Servicios al Afiliado que está en su tarjeta de identificación del plan. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., visitando la página Web: El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos- Oficina de Derechos Civiles. No tomaremos ninguna acción en su contra por presentar una queja.

Información de contacto

Puede llamarnos al número de teléfono de Servicios al Afiliado que aparece en su tarjeta de identificación del plan. Nuestros representantes pueden ayudarle a poner en práctica sus derechos, presentar una queja o hablar con usted sobre asuntos de privacidad.

Copias y cambios

Tiene derecho a obtener una nueva copia de este aviso en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir este aviso por medios electrónicos, sigue teniendo derecho a solicitar una copia impresa. Nos reservamos el derecho a modificar este aviso. Un aviso revisado aplicará a la PHI que ya tenemos sobre usted, así como a cualquier PHI que podamos obtener en el futuro. La ley nos obliga a seguir el aviso de privacidad vigente en este momento. Podríamos informarle sobre cualquier cambio en nuestro aviso a través de un boletín informativo, nuestro sitio web o por carta.

Fecha de efectividad de este aviso

La fecha original de efectividad de este Aviso fue el 14 de abril de 2003. La revisión más reciente aparece al pie de página al final de este documento.

Beneficios de la Cirugía de Reconstrucción de Senos

Una mastectomía cubierta por su plan de salud incluye beneficios que cumplen con la Ley de Derechos de la Mujer sobre la Salud y el Cáncer de 1998, que provee para:

- La reconstrucción del(los) seno(s) sometido(s) a una mastectomía cubierta.
- La cirugía y reconstrucción del otro seno para restaurar una apariencia simétrica.

- Las prótesis y la cubierta de las complicaciones físicas relacionadas con todas las fases de una mastectomía cubierta, incluido la linfedema.

Pagará su deducible, copago y/o coaseguros habituales. Para más información, póngase en contacto con el administrador de su plan.

Para más información sobre la Ley de Derechos de la Mujer sobre la Salud y el Cáncer, visite el sitio web del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en: http://www.dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/whcra.

Es Importante que le Tratemos Justamente

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles en nuestros programas y actividades de salud. No discriminamos, excluimos ni tratamos de forma diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Si tiene alguna discapacidad, le ofrecemos ayudas y servicios gratis. Si su idioma principal no es el español, le ofrecemos ayuda gratis a través de intérpretes y otros idiomas escritos. Llame al número de Servicios al Afiliado que está en su tarjeta de identificación del plan para solicitar ayuda (711: TTY, audios impedidos).

Si considera que no le hemos ofrecido estos servicios o que hemos discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja, también conocida como querella. Puede presentar una queja de una de estas maneras:

Escriba al Coordinador de Cumplimiento, P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160 Richmond, VA 23279.

Presente una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201.

Llame al: 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Acceda en línea a: https://ocrportal.hhs.gov/smartscreen/main.jfs, y llene un formulario de queja en: https://www.hhs.gov/ocr/office/complaints/index.html.

Obtenga Ayuda en su Idioma

Otro derecho que tiene es el de obtener, gratis, esta información en su idioma. Si desea ayuda adicional para entenderla en otro idioma, llame al número de Servicios al Afiliado que está en su tarjeta de identificación del ayuda (711: TTY, audios impedidos).

Además de ayudarle a entender sus derechos de privacidad en otro idioma, también ofrecemos este aviso en un formato diferente para los afiliados con discapacidad visual. Si necesita un formato diferente, llame al número de Servicios al Afiliado que aparece en su tarjeta de identificación del plan.

Sección 1.4 Tenemos que brindarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como afiliado de *PMC Premier Platino*, tiene derecho a obtener varios tipos de información de nosotros.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cubierta y las reglas que tiene que seguir al usar su cubierta.** Los capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cubierta de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cubierta está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado médico. Sus proveedores tienen que explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que pueda entender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su cuidado médico. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Para conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, sin importar cuánto cuesten o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los afiliados a manejar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo involucrado en su cuidado. Se le tiene que informar con anticipación si algún cuidado o

tratamiento médico propuesto es parte de un experimento de investigación. 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 salir de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no se vaya. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar medicamentos, acepta toda la responsabilidad por lo que le sucede a su cuerpo como resultado.

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

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de cuidado médico por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que *si lo desea*, puede:

- Completar un formulario escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Dejar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que manejen su cuidado médico si no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **directrices anticipadas**. Documentos como un **testamento vital** y un **poder notarial para el cuidado médico** son ejemplos de directrices anticipadas.

Cómo configurar una directriz anticipada para dar instrucciones:

Obtenga un formulario. Puede obtener un formulario de directrices anticipadas de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de suministros de oficina. A veces puede obtener formularios de directrices anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare a las personas. También puede llamar a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llaman al 711) para solicitar los formularios.

- **Complete el formulario y fírmelo.** No importa dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que pueda tomar decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y firmó una directriz anticipada, **lleve una copia al hospital**.

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de directrices anticipadas y si lo tiene con usted.

- Si no firmó un formulario de directrices anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Completar una directriz anticipada es su elección (incluso si desea firmar una si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle el cuidado o discriminarlo en función de si firmó o no una directriz anticipada.

Requisitos de las instrucciones o directrices anticipadas en Puerto Rico:

Toda persona mayor de edad (21 años y más) capaz para todos fines legales, tiene el derecho a declarar previamente su voluntad sobre lo referente a su tratamiento médico. Según las disposiciones de la ley de Puerto Rico (Ley Núm. 160-2001). Una persona que desee dar sus instrucciones o directrices anticipadas tiene que preparar una declaración que cumpla con los siguientes requisitos:

- Debe estar escrita, firmada y juramentada ante un notario público.
- De forma alterna, el declarante puede hacer la declaración en presencia de un médico y dos testigos competentes, que no sean herederos del declarante y que no participen en el cuidado directo del paciente.
- Deberá constar en la declaración el carácter voluntario de las instrucciones o directrices.
- Tiene que indicar la fecha, hora y lugar donde se ejecutan las instrucciones o directrices.

De igual forma, podrá expresar cualquier otra orden relativa a tu cuidado médico que será evaluada profesionalmente por los médicos encargados de su tratamiento. Podrá incluir la designación de una persona que tome decisiones por ti sobre la aceptación o rechazo de tratamiento en caso de que no puedas comunicarte por ti mismo.

También tiene que proporcionar una copia de las instrucciones o directrices anticipadas a su médico, o a la institución que proporciona sus servicios de atención médica. Tenga en cuenta que tiene que cumplir con todos los requisitos establecidos por la Ley para que las directrices anticipadas sean legalmente vinculantes. Por tanto, sus instrucciones anticipadas con respecto a su tratamiento médico tienen que especificar que fueron proporcionadas voluntariamente, e indicar la fecha, hora y lugar donde la declaración fue ejecutada, firmada y jurada ante un notario público, o hecha ante un médico y dos testigos, como indicado anteriormente.

Si no se siguen las instrucciones

Si firma una directriz anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la Oficina del Procurador del Paciente de Puerto Rico, PO Box 11247, San Juan PR 00910-2347. Puede comunicarse con ellos al 787-977-0909 y al 1-800-981-0031, o www.opp.pr.gov para obtener más información.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cubierta o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, solicite una decisión de cubierta, presente una apelación o presente una queja, **estamos obligados a tratarlo de manera justa**.

Sección 1.7 Si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos

Si cree que ha sido tratado injustamente 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 (los usuarios de TTY llamen al 1-800-537-7697), o llame a su Oficina local de Derechos Civiles.

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos *y* no *se trata de* discriminación, puede obtener ayuda para lidiar con el problema que tiene en estos lugares:

- **Llame a Servicios al Afiliado de nuestro plan al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 787-721-6121 o al 1-877-725-4300
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 787-721-6121 o al 1-877-725-4300
- **Comuníquese con Medicare**
    - Visite Medicare.gov para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: Derechos y protecciones de Medicare)
    - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como afiliado de nuestro plan

Las cosas que debe hacer como afiliado de nuestro plan se enumeran a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que tiene que seguir para obtener estos servicios cubiertos**. Use esta *Evidencia de cubierta* para saber qué está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos.
    - Los capítulos 3 y 4 dan detalles sobre los servicios médicos.
    - Los capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre la cubierta de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cubierta de salud o cubierta de medicamentos además de nuestro plan, debe informarnos.** El capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidado médico que está afiliado en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de afiliado del plan cada vez que reciba cuidado médico o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciéndoles preguntas y haciendo un registro de su cuidado.**
    - Para ayudar a obtener el mejor cuidado, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
    - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros afiliados respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe**. Como afiliado del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Tiene que continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo afiliado de nuestro plan.
    - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted tiene que pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
- **Si se muda *dentro del* área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su expediente de afiliación y saber cómo comunicarnos con usted.

- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo afiliado de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).**

SECCIÓN 3 MMM Healthcare, LLC tiene un contrato con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) para proporcionar el Programa Medicare Platino.

MMM Healthcare tiene que cumplir con todas las leyes y regulaciones federales y de Puerto Rico aplicables que se relacionen con los derechos del Afiliado, incluidas las establecidas en la regulación de Medicaid, la Ley de la Carta de Derechos del Paciente de Puerto Rico 194 del 25 de agosto de 2000; la Ley de Salud Mental 408 de Puerto Rico del 2 de octubre de 2000, según enmendada e implementada; y la Ley 77 del 24 de julio de 2013 que creó la Oficina del Procurador del Paciente.

Sección 3.1 Sus derechos

Usted tiene el derecho a:

- Ser tratado con respeto y de una manera digna.
- Recibir información escrita de su plan en inglés y español y traducida a cualquier otro idioma. También tiene derecho a recibir información escrita en un formato alterno. Después, usted tiene el derecho de recibir toda la información escrita en el futuro en ese mismo formato o idioma, a menos que usted le diga lo contrario a su plan.
- Recibir información sobre su plan, facilidades de cuidado de salud, profesionales del cuidado de la salud, servicios de salud cubiertos, y cómo acceder a los servicios.
- Elegir su PCP, y otros doctores y proveedores.
- Escoger un dentista y farmacia dentro de la red de su plan.
- Comunicarse con sus doctores cuando usted lo desee y en privado.
- Recibir el cuidado médicamente necesario que es correcto para usted, cuando lo necesita. Esto incluye recibir servicios de emergencia, 24 horas al día, 7 días a la semana.
- Que se le explique en una manera fácil de entender sobre su cuidado y todos los diferentes tipos de tratamiento que podrían trabajar para usted, no importa lo que cuesten o incluso si no están cubiertos.
- Ayuda para tomar decisiones sobre su cuidado de salud. Usted puede rechazar el cuidado.
- Pedir una segunda opinión para un diagnóstico o plan de tratamiento.
- Hacer una Directriz Anticipada. Vea la sección 1.5 para más información.
- Recibir cuidado sin temor de restricción física o aislamiento utilizado para intimidación, disciplina, conveniencia o venganza.
- Solicitar y recibir información sobre sus expedientes médicos como dicen las leyes federales y estatales. Puede ver sus expedientes médicos, recibir copias de sus expedientes médicos y pedir que corrijan sus registros médicos si están incorrectos.

- Presentar una queja o apelación sobre su Aseguradora o su cuidado. Vea el Capítulo 2 para más información. La queja puede presentarse directamente con el plan o en la oficina del Procurador del Paciente.
- Recibir los servicios sin ser tratado de una manera diferente debido a su raza, color, lugar de nacimiento, idioma, sexo, edad, religión, o incapacidad. Usted tiene el derecho de presentar una queja si cree que ha sido tratado injustamente. Si usted se queja o apela, usted tiene el derecho de seguir recibiendo cuidado sin temor a malos tratos de su plan o proveedores.
- Escoger un Representante Autorizado para participar en la toma de decisiones.
- Dar su consentimiento informado.
- Sólo tener que pagar las cantidades por los servicios listados en el Capítulo 4. No le pueden cobrar más que esas cantidades.
- No ser hostigado por su plan o los Proveedores de su Red en relación con las controversias contractuales entre el plan y sus Proveedores.

Sección 3.2 Sus responsabilidades

Usted tiene la responsabilidad de:

- Entender la información en su guía y otros documentos que su plan le envía.
- Dar a sus doctores sus expedientes de salud y dejarles saber acerca de cualquier cambio en su salud para que puedan cuidar de usted.
- Seguir las instrucciones de su doctor. Si no puede seguir las instrucciones de su doctor, déjele saber.
- Dejarle saber a su doctor si usted no entiende algo.
- Ayudar a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.
- Comunicar su Directriz Anticipada para que sus doctores sepan cómo usted quiere ser tratado si usted está demasiado enfermo para decirlo.
- Tratar a su Proveedor de cuidado de salud y el personal de su plan con respeto y dignidad.
- Dejarle saber a su plan si tiene otra compañía de seguros que debe pagar por su cuidado médico.
- Dejarle saber a ASES si usted se entera de un caso de fraude y abuso en su plan Medicare Platino.

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica los procesos para manejar problemas e inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende del tipo de problema que tenga:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cubierta y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (también llamadas querellas).

Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que tenemos que seguir nosotros y usted.

La sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto para usar y lo que debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, este capítulo utiliza palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos usar para obtener la ayuda o la información correcta, incluimos estos términos legales cuando brindamos detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarte. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Siempre debe llamar a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudar son:

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe usar para manejar un problema que está teniendo. También pueden responder preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada: 787-721-6121 o 1-877-725-4300, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.
- Visite Medicare.gov

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud (Programa Medicaid de Puerto Rico).

Departamento de Salud (programa Medicaid de Puerto Rico) – Información de contacto	
Llame	787-641-4224 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
TTY	787-625-6955 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Escriba	Estado Libre Asociado de Puerto Rico Departamento de Salud Programa Medicaid PO Box 70184 San Juan, PR 00936-8184 prmedicaid2@salud.pr.gov
Internet	https://medicaid.pr.gov

La Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarlo a presentar una queja o apelación con nuestro plan.

Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada – Información de contacto	
Llame	787-721-6121 o 1-877-725-4300 1-800-981-0056 (Región de Mayagüez) 1-800-981-7735 (Región de Ponce) De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
TTY	787-919-7291 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Escriba	**Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada** **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico** 191179 de apartados de correos San Juan, PR 00919-1179
Internet	www.oppea.pr.gov

Commence Health, tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare.

Commence Health (Organización de Mejoramiento de la Calidad de Puerto Rico) – Información de contacto	
Llame	787-520-5743 1-866-815-5440 De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; Fines de semana y festivos, de 10:00 a 16:00 horas.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Escriba	**BFCC-QIO Program** Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
Internet	https://www.commencehealthqio.cms.gov/en

SECCIÓN 3 Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esto se denomina proceso integrado porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En esas situaciones, use un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en **la Sección 6.4**.

SECCIÓN 4 Qué proceso usar para su problema

Si tiene un problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente información le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre **los beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

¿Es su problema o preocupación sobre sus beneficios o cubierta?

Esto incluye problemas sobre si el cuidado médico (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) está cubierto o no, la forma en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago del cuidado médico.

Sí.

Vaya a la **Sección 5, Una guía para decisiones de cubierta y apelaciones.**

No.

Vaya a **la Sección 11**, **Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cubierta y apelaciones

SECCIÓN 5 Una guía para decisiones de cubierta y apelaciones

Las decisiones de cubierta y las apelaciones se ocupan de problemas relacionados con sus beneficios y la cubierta de su cuidado médico (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **cuidado médico**. Puede utilizar el

proceso de decisión de cubierta y apelaciones para manejar situaciones como, por ejemplo, si algo está cubierto o no, y el modo en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cubierta antes de recibir servicios

Si desea saber si cubriremos el cuidado médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cubierta por usted. Una decisión de cubierta es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cubierta o sobre la cantidad que pagaremos por su cuidado médico. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, este referido se considera una decisión de cubierta favorable a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de cubierta* deje en claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cubierta si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a brindarle el cuidado médico que cree que necesita.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cubierta, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud son si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cubierta, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cubierta cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que el cuidado médico no está cubierto o que ya no está cubierto para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cubierta, puede presentar una apelación.

Hacer una apelación

Si tomamos una decisión de cubierta, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cubierta que tomamos. Bajo ciertas circunstancias, puede solicitar una apelación acelerada o **rápida** de una decisión de cubierta. Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cubierta que tomamos para verificar si seguimos correctamente las reglas. Cuando completamos la revisión, le damos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud son si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de

apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si decimos que no a la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para cuidado médico, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente no relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de cuidado médico al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Vaya a **la Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para cuidado médico.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación (este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.1 Obtener ayuda para solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cubierta o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios al Afiliado al** 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711)
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud
- **Su médico u otro proveedor de cuidado médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) y solicite el formulario *de designación de representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestra página electrónica www.mmmpr.com).
    - Para el cuidado médico, su médico u otro proveedor de cuidado médico puede solicitar una decisión de cubierta o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Si su médico u otro proveedor de salud solicita que un servicio o artículo que ya está recibiendo continúe durante su apelación, **es posible** que deba nombrar a su médico u otro profesional que emita recetas como su representante para que actúe en su nombre.
    - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que recete puede solicitar una decisión de cubierta o una apelación de Nivel 1 en su

nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico u otro profesional que recete puede solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación.

Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) y solicite el formulario *de designación de representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestra página electrónica www.mmmpr.com). Este formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Tiene que estar firmado por usted y la persona que desea que actúe en su nombre. Tiene que entregarnos una copia del formulario firmado.

Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite 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 de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si cualifica. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cubierta o apelar una decisión.

Sección 5.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Hay 4 situaciones diferentes que involucran decisiones de cubierta y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes, damos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 6:** "Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación"
- **Sección 7:** "Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación"
- **Sección 8:** "Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 9:** "Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cubierta está terminando demasiado pronto" (*Se aplica solo a estos servicios:* cuidado médico domiciliario, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (CORF))

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

SECCIÓN 6 Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cubierta para el cuidado médico o desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su cuidado

Sus beneficios para el 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.

Esta sección indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo el cuidado médico que desea y cree que nuestro plan cubre este cuidado. **Solicite una decisión de cubierta. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba el cuidado médico que su médico u otro profesional de la salud quiere brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre este cuidado. **Solicite una decisión de cubierta. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero dijimos que no pagaríamos por este cuidado. **Haga una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó el cuidado médico que cree que nuestro plan debería cubrir, y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse este cuidado. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le dice que la cubierta de un cuidado médico específico que ha estado recibiendo (que aprobamos previamente) se reducirá o suspenderá, y cree que reducir o suspender este cuidado podría dañar su salud. **Haga una apelación. Sección 6.3.**

   Nota: Si la cubierta que se suspenderá es para cuidado hospitalario, cuidado médico domiciliario, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (CORF), vaya a las Secciones 8 y 9. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cubierta

Términos legales:

Una decisión de cubierta que involucra su cuidado médico se llama **determinación de la organización**.

Una **decisión de cubierta rápida** se llama **determinación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cubierta estándar o una decisión de cubierta rápida.

Por lo general, se toma una decisión de cubierta estándar dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, se toma una decisión de cubierta rápida dentro de las 72 horas, para los servicios médicos, 24 horas para los medicamentos de la Parte B.

- Puede obtener una decisión de cubierta *rápida solo* si el uso de los plazos estándar podría *causar un daño grave a su salud o dañar su capacidad para funcionar.*
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cubierta rápida, aceptaremos automáticamente darle una decisión de cubierta rápida.**
- **Si solicita una decisión de cubierta rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cubierta rápida.** Si no aprobamos una decisión de cubierta rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explica que usaremos los plazos estándar.
    - Explica que si su médico solicita la decisión de cubierta rápida, automáticamente le daremos una decisión de cubierta rápida.
    - Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cubierta estándar en lugar de la decisión de cubierta rápida que solicitó.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cubierta o una decisión de cubierta rápida.

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos cubierta para el cuidado médico que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cubierta de cuidado médico y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cubierta estándar, utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario luego de recibir su solicitud **de un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** luego de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un **medicamento de la Parte B**, le daremos una respuesta dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos días extra, se lo diremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cubierta y apelaciones. Vaya a la Sección 11 para obtener información sobre quejas).

Para decisiones de cubierta rápidas, utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión de cubierta rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo, o si necesitamos más tiempo que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más**. Si tardamos días extra, se lo diremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no debemos* tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Vaya a la Sección 11 para obtener información sobre quejas). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una notificación por escrito que explique por qué dijimos que no.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cubierta para cuidado médico, puede apelar.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a preguntar para obtener la cubierta de cuidado médico que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.3 Cómo hacer una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cubierta de cuidado médico se denomina **reconsideración del plan**.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, se realiza una apelación estándar dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, se realiza una apelación rápida dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cubierta del cuidado, usted y/o su médico deben 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 se usan para obtener una decisión de cubierta rápida en la Sección 6.2.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, haga su apelación por escrito o llámenos.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Tiene que presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cubierta. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una buena razón para no cumplirla, explique la razón por la que su apelación se retrasa cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia gratuita de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Si le dijimos que íbamos a detener o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cubierta de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la acción propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha del matasellos de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con esta fecha límite, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos comuniquemos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, tenemos que darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas luego de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
    - Si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico**.** Si tardamos días extra, se lo diremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período de tiempo extendido si tardamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que autorizar o proporcionar la cubierta que acordamos dentro de las 72 horas luego de recibir su apelación.

- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y 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.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** luego de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibe, le daremos nuestra respuesta dentro de los **7 días calendario** luego de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su condición de salud lo requiere.
    - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos días extra, se lo diremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
    - Si cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, vaya a **Sección 11**.)
    - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que autorizar o proporcionar la cubierta dentro de los **30 días calendario**, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación, tiene derechos de apelación adicionales.**
- Si decimos que no a parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una carta.
    - Si su problema es sobre la cubierta de un servicio o artículo de Medicare, la carta le dirá que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
    - Si su problema es sobre la cubierta de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

Sección 6.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Plazo legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se le llama **IRE.**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por Medicaid**, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. La carta le dirá cómo hacerlo. La información también está a continuación.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como por Medicaid**, recibirá automáticamente una apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial con el estado.

Si cualificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Vaya a la página 202 para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que generalmente está cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.
- Si su problema es sobre un servicio que generalmente está cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario luego de recibir la carta de decisión de nuestro plan.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre:

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama **su expediente de caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita del expediente de su caso**.

- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuviste una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrás una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente tiene que darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** 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**. Si se toman días adicionales, le avisarán por escrito. 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.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá 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 tiene que darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** luego de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente tiene que darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores luego de recibir 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**. Si se toman días adicionales, le avisarán por escrito. 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.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y le explicará las razones de la misma.

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** tenemos que autorizar la cubierta de cuidado médico dentro de las **72 horas** o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario luego 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 independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, tenemos que autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B dentro de **las 72 horas** luego de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **las solicitudes estándar.** Para **las solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente
- **Si la organización de revisión independiente rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cubierta para cuidado médico no debe ser aprobada. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
    - Explica la decisión.
    - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cubierta de cuidado médico cumple con un cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares que tiene que cumplir para continuar con el proceso de apelación.
    - Le dice cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
    - La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. **La sección 10** de este capítulo explica el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medicaid generalmente cubre:

Paso 1: Solicite una audiencia imparcial con el estado.

- El nivel 2 del proceso de apelación para los servicios generalmente cubiertos por Medicaid es una audiencia imparcial con el estado. Tiene que solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días calendario** posteriores a la fecha en que enviamos la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nosotros le dirá dónde enviar su solicitud de audiencia.
- Una vez que reciba la carta de decisión del plan, puede solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono. Antes de la audiencia imparcial, puede pedirle al plan que le proporcione una copia de los documentos y registros necesarios para prepararse para la audiencia. Además, puede solicitar al plan que revise y copie los documentos y registros que usarán en la audiencia imparcial. Proporcionaremos la copia de los documentos y registros sin cargo.
- Usted, un representante autorizado o el representante del patrimonio de un afiliado fallecido pueden solicitar una audiencia imparcial ante ASES, dentro de los 120 días luego

de recibir la determinación del Plan. Para solicitar una audiencia imparcial ante ASES, tiene que hacerlo por escrito a la siguiente dirección:

Director Ejecutivo
Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)
PO Box 195661
San Juan, Puerto Rico 00919-5661

- Tiene que indicar su nombre, dirección, nombre del proveedor u organización de cuidado médico donde recibió o recibirá el servicio bajo apelación, una breve descripción de la reclamación o situación por la que solicita la audiencia y enviar una copia de la decisión final emitida por el plan. ASES tomará una decisión dentro de los noventa (90) días calendario a partir de la fecha en que presentó esa apelación al plan (excluiremos los días que le tomó solicitar su audiencia ante ASES). En caso de que la apelación al plan se haya acelerado, ASES tomará una decisión en la audiencia en o antes de tres (3) días hábiles a partir de la fecha de recibo de la solicitud de audiencia en ASES por un servicio denegado que cumpla con los criterios para ser considerado en un proceso de apelación acelerado, pero eso no fue resuelto por el plan en términos del tiempo establecido para apelaciones aceleradas, o se resolvió total o parcialmente de manera no favorable para usted en esos términos.
- La decisión emitida por ASES está sujeta a revisión en la corte de apelaciones del Gobierno de Puerto Rico.

Durante el período en el que se evalúe su caso, puede solicitar continuidad en los servicios sujetos a la apelación al plan.

Paso 2: La oficina de audiencias imparciales le da su respuesta.

La oficina de audiencias imparciales le informará su decisión por escrito y le explicará las razones.

- **Si la oficina de Audiencia Imparcial dice sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** tenemos que autorizar o proporcionar el servicio o artículo dentro de las 72 horas luego de recibir la decisión de la oficina de Audiencia Imparcial.
- **Si la oficina de audiencias imparciales rechaza parte o la totalidad de su apelación**, está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cubierta para cuidado médico no debe ser aprobada. (Esto se llama **Confirmar la decisión** o **rechazar su apelación.**)

Si la decisión es negativa para todo o parte de lo que solicitó, puede presentar otra apelación.

Si la decisión de la organización de revisión independiente o de la oficina de audiencias imparciales no es para todo o parte de lo que solicitó, tiene **derechos de apelación adicionales**.

La carta que reciba de la oficina de audiencia imparcial describirá esta próxima opción de apelación.

Vaya a **la Sección 10** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5 Si nos pide que le reembolsemos nuestra parte de una factura que recibió por cuidado médico

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicaid cubierto por nuestro plan, solicite a nuestro plan que le pague de vuelta (le reembolse). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cubierta

Si nos envía la documentación solicitando un reembolso, está solicitando una decisión de cubierta. Para tomar esta decisión, verificaremos si el cuidado médico que pagó está cubierto. También verificaremos si siguió las reglas para usar su cubierta para cuidado médico.

Si desea que le reembolsemos un servicio o artículo de Medicare o nos pide que le paguemos a un proveedor de cuidado médico por un servicio o artículo de Medicaid que pagó, pídanos que tomemos esta decisión de cubierta. Verificaremos si el cuidado médico que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cubierta para cuidado médico.

- **Si decimos que sí a su solicitud:** Si el cuidado médico está cubierto y siguió las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo generalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si decimos que no a 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 que dice que no pagaremos el cuidado médico y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cubierta que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación en la Sección 6.3. Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta:

- Tenemos que darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario luego de recibir su apelación.
- Si la organización de revisión independiente decide que tenemos que pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, tenemos que enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor de cuidado médico dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cubierta para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento tiene que usarse para una indicación médicamente aceptada. (Vaya al Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, vaya a los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata solo sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir el *medicamento recetado para pacientes ambulatorios cubierto* o el medicamento de la *Parte D* cada vez. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar *de Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede despachar tal como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cubierta.

Decisiones y apelaciones de cubierta de la Parte D

Plazo legal:

Una decisión inicial de cubierta sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cubierta**.

Una decisión de cubierta es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cubierta o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar cubrir un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar la exención de una restricción en la cubierta de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cubierta. Sección 7.4.**
- Pague por un medicamento recetado que ya compró. **Pídanos que le devolvamos el dinero. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cubierta que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cubierta y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 Solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar cubierta de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cubierta de un medicamento es una **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel.**

Si un medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cubierta.

Para que podamos considerar su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que recete deberá explicarle las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Aquí 2 ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional que recete pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.**
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos.

Sección 7.3 Cosas importantes que debe saber sobre cómo solicitar excepciones

Su médico tiene que decirnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que recete tiene que darnos una declaración que explique las razones médicas por las que solicita una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que recete cuando solicite la excepción.

Nuestra lista de medicamentos generalmente incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos alternativos. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo 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 decir sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cubierta, incluida una excepción

Término legal:

Una decisión de cubierta rápida se denomina **determinación de cubierta acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cubierta estándar o una decisión de cubierta rápida.

Las decisiones de cubierta estándar se toman dentro de **las 72 horas** luego de recibir la declaración de su médico. **Las decisiones rápidas de cubierta** se toman dentro de **las 24 horas** luego de recibir la declaración de su médico.

***Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una decisión de cubierta rápida.* Para obtener una decisión de cubierta rápida, tiene que cumplir con 2 requisitos:**

- Tiene que estar pidiendo un *medicamento que aún no obtiene*. (No puede solicitar que se le reembolse una decisión rápida de cubierta por un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar podría *causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.*
- **Si su médico u otro profesional que recete nos dice que su salud requiere una decisión de cubierta rápida, automáticamente le daremos una decisión de cubierta rápida.**
- **Si solicita una decisión de cubierta rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o de otro profesional que emite recetas, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cubierta rápida.** Si no aprobamos una decisión de cubierta rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explica que usaremos los plazos estándar.
    - Explica que si su médico u otro profesional que recete solicita la decisión de cubierta rápida, automáticamente le daremos una decisión de cubierta rápida.
    - Le dice cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cubierta estándar en lugar de la decisión de cubierta rápida que solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas posteriores al recibo.

Paso 2: Solicite una decisión de cubierta estándar o una decisión de cubierta rápida.

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para pedirnos que autoricemos o brindemos cubierta para el cuidado médico que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cubierta a través de nuestra página electrónica. Tenemos que aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario modelo de Solicitud de Determinación de Cubierta de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), que está disponible en nuestra página electrónica https://www.mmmpr.com/frontend/web/uploads/documentos/CoverageDeterminationRequestFormENG_5d644ea23c60b.pdf. El capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que recete) o su representante pueden hacerlo. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. La sección 4 de este capítulo explica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que es la razón médica de la excepción. Su médico u otro profesional que recete puede enviarnos el estado de cuenta por fax o por correo. O su médico u otro profesional que recete puede informarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviando una declaración por fax o por correo si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cubierta rápida

- Por lo general, tenemos que darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** luego de recibir su solicitud.
  - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas luego de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cubierta que acordamos dentro de las 24 horas luego de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cubierta estándar sobre un medicamento que aún no recibe

- Tenemos que darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** luego de recibir su solicitud.
  - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas luego de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que **proporcionar la cubierta** que acordamos **dentro de las 72 horas** luego de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cubierta estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Tenemos que darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** luego de recibir su solicitud.

  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 14 días calendario luego de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cubierta, puede presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a preguntar para obtener la cubierta de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que va al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 7.5 Cómo hacer una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cubierta de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación del plan**.

Una apelación rápida se llama **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, se realiza una apelación estándar dentro de los 7 días calendario. Por lo general, se realiza una apelación rápida dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibe, usted y su médico u otro profesional que recete deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que se usan para obtener una decisión de cubierta rápida en la Sección 7.4.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que recete tienen que comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, tiene que solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El capítulo 2 tiene información de contacto.

- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) o 711 (TTY).** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Tenemos que aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud hecha en el formulario de Solicitud de Redeterminación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) el cual se encuentra disponible en nuestra página electrónica https://mmm-pr.com/docs/Request-Redetermination-Medicare-Prescription-Drug-Denial.pdf. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Tiene que presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cubierta. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una buena razón para no cumplirla, explique la razón por la que su apelación se retrasa cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cubierta. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Podemos comunicarnos con usted o su médico u otro profesional para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, tenemos que darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas luego de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. La sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que proporcionar la cubierta que acordamos dentro de las 72 horas luego de recibir su apelación.

- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no recibe

- Para las apelaciones estándar, tenemos que darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** luego de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no recibe el medicamento y su condición de salud requiere que lo hagamos.
    - Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. La sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que proporcionar la cubierta tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Tenemos que darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** luego de recibir su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 30 días calendario luego de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si decimos que no a 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 pasará al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 7.6 Cómo hacer una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se le llama **IRE.**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otro profesional que recete) tiene que comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le dirán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos tiene que seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Tiene que presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la notificación por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la **determinación de riesgo** bajo nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama **su expediente de caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso**.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar 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 la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.

- Si la organización de revisión independiente acepta darle una apelación rápida, la organización de revisión independiente tiene que darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** luego de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para la apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente tiene que darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** luego de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no recibe. Si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya ha comprado, la organización de revisión independiente tiene que darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** luego de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que proporcionar la cubierta de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 24 horas** luego de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a parte o a la totalidad de su solicitud de cubierta,** tenemos que **proporcionar la cubierta de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 72 horas** luego de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a parte o a la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** luego de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente dice no a su apelación?

Si la organización independiente dice que no a parte o a la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cubierta de medicamentos que solicita cumple con un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cubierta de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.

- Le indica el valor en dólares que tiene que estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea llevar su apelación más allá.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. **La Sección 10** habla más sobre el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que salga del hospital. Ellos ayudarán a organizar el cuidado que pueda necesitar después de irse.

- El día en que sale del hospital se llama **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que se le pide que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada en el hospital y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos

Dentro de los 2 días calendario posteriores a su admisión en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *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 trabajador social o una enfermera), pídale a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende.** Le dice:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
   - 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 alta para que cubramos su cuidado hospitalario por más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
   - Firmar el aviso *solo* muestra que obtuvo la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso ***no* significa** que esté de acuerdo con una fecha de alta.
3. **Guarde su copia** del aviso para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad del cuidado) si la necesita.
   - Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para ser dado de alta.
   - Para ver una copia de este aviso con anticipación, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 8.2 Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta de su hospital

Para pedirnos que cubramos los servicios para pacientes hospitalizados por más tiempo, utilice el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La Oficina del Procurador de las Personas de Edad

Avanzada: 787-721-6121 o 1-877-725-4300. La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud quienes son pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, tiene que comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de salir del hospital y **a más tardar a la medianoche del día de su alta.**
    - **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después de* la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera recibir la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
    - **Si no cumple con este plazo, contáctenos.** Si decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos del* cuidado hospitalario que reciba después de la fecha de alta planificada.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos comuniquemos s, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso indica su fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048). O puede obtener un aviso de muestra en línea en CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cubierta de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les dimos.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué pasa si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión independiente dice que sí, **tenemos que seguir brindando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué pasa si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión independiente dice que no, están diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cubierta para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados** finalizará al mediodía del día **después de** que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación y decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su 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 la Calidad rechazó su apelación *y* permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Hacer otra apelación significa que va al **Nivel 2** del proceso de apelación.

Sección 8.3 Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que revise su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta planificada.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización de Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Tiene que solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cubierta para la atención.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario luego de recibir su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente dice que sí:

- **Tenemos que reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Tenemos que continuar brindando cubierta para su cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Tiene que continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones de cubierta.

Si la organización de revisión independiente dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea llevar su apelación más allá y llegar al Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre

cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. **La Sección 10** habla más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo servicios médicos específicos si cree que su cubierta está terminando demasiado pronto

Cuando recibe servicios de **salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación cubiertos (Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral),** tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de cuidado durante el tiempo que el cuidado sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de los 3 tipos de cuidado para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando finalice su cubierta para ese cuidado, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo por su atención.*

Si cree que estamos terminando la cubierta de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.1 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cubierta

Plazo legal:

Aviso de no cubierta de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cubierta sobre cuándo suspender su cuidado.

1. **Recibe un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su cuidado. El aviso le dice:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su cuidado.
   - Cómo solicitar una apelación acelerada para pedirnos que sigamos cubriendo su cuidado durante un período de tiempo más largo.
2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso muestra *solamente* que recibió la información sobre cuándo se detendrá su cubierta. **Firmarlo *No* significa que estás de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender su cuidado.

Sección 9.2 Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado por más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos su cuidado por un período de tiempo más largo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada: 787-721-6121 o 1-877-725-4300. La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su cuidado es médicamente apropiada. La **Organización para el Mejoramiento** de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en cuidado médico quienes son pagados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de cuidado médico. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Haga su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación rápida*. Tiene que actuar rápidamente.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cubierta de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Tiene que comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** del Aviso de no cubierta de Medicare.
- Si no cumple con la fecha límite y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Póngase en contacto con su Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Plazo legal:

Explicación detallada de la falta de cubierta. Aviso que brinda detalles sobre las razones para finalizar la cubierta.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que la cubierta de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- La organización de revisión independiente también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le brinda nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informaron de su apelación, recibirá la *Explicación detallada de la falta de cubierta* de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cubierta para sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan; los revisores le dirán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores dicen que sí a su apelación, tenemos que **seguir brindando su servicio cubierto durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que no, entonces **su cubierta terminará en la fecha que le informamos.**
- Si decide seguir recibiendo los servicios de cuidado médico domiciliario, atención en un centro de enfermería especializada o Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (CORF) **después de** esta fecha cuando finalice su cubierta, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

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 elige continuar recibiendo atención después de que finalice su cubierta de la atención, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que revise la decisión en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su cuidado médico domiciliario, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría su cubierta.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización de Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Tiene que solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cubierta para la atención.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario luego de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente dice que sí?

- **Tenemos que reembolsarle** nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cubierta. **Tenemos que continuar brindando cubierta** para el cuidado durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Tiene que continuar pagando su parte de los costos y puede haber limitaciones de cubierta que se apliquen.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de 5 niveles de apelación. Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se

encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La sección 10 de este capítulo brinda más información sobre el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 10 Llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de la misma manera que los primeros 2 niveles. Aquí está quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un **juez de derecho administrativo** o un abogado adjudicador que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador dice que sí a su apelación, el proceso de apelación *puede o no* haber terminado.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, tenemos que autorizar o brindarle el cuidado médico dentro de los 60 días calendario luego de la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos adjuntos. Podemos esperar la decisión de apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el cuidado médico en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el adjudicador de abogados dice que no a su apelación, el proceso de apelación *puede o no* haber terminado.**

- Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
- Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación favorable de Nivel 3, el proceso de apelación *puede o no* haber terminado.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, tenemos que autorizarle o brindarle el cuidado médico dentro de los 60 días calendario luego de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo niega la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede o no* haber terminado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice que no a su apelación, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten ir a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *si sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación se refiere a servicios o artículos que Medicaid generalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de Audiencia imparcial le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Sección 10.3 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza una cierta cantidad en dólares, es posible que pueda ir a niveles adicionales de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de la misma manera que los primeros 2 niveles. Aquí está quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación ha terminado.** Tenemos que **autorizar o proporcionar la cubierta de medicamentos** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o el adjudicador de abogados **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.

- **Si el juez de derecho administrativo o el adjudicador de abogados dice que no a su apelación, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación ha terminado.** Tenemos que **autorizar o proporcionar la cubierta de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de** recibir la decisión.

- **Si la respuesta es negativa o si el Concejo niega la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede o no* haber terminado.**
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación ha terminado.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice que no a su apelación, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten ir a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *si sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Presentación de quejas

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 Qué tipo de problemas maneja el proceso de quejas

El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que maneja el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	• ¿No está satisfecho con la calidad del cuidado que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, deficiencias en el Servicio al Afiliado y otros comportamientos negativos	• ¿Alguien le ha tratado de manera descortés o irrespetuosa? • ¿Está insatisfecho con nuestro Servicios al Afiliado? • ¿Siente que le están dando motivos para dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir citas o tiene que esperar demasiado para conseguir una?

Queja	Ejemplo
	• ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo por médicos, farmacéuticos, u otros profesionales de la salud? ¿O, por Servicios al Afiliado u otro personal del plan? o Ejemplos de esto incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o en el cuarto de examen, o al buscar una receta.
Limpieza	• ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le notificamos algo requerido? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (este tipo de quejas se refieren a la *puntualidad* de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cubierta y las apelaciones)	Si solicitó una decisión de cubierta o presentó una apelación, y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Aquí hay ejemplos: • Nos pidió una *decisión de cubierta rápida* o una *apelación rápida*, y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cubierta o apelaciones; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos 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 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se llama **querella**.

Presentar una queja se llama **radicar una querella**.

Usar el proceso para quejas se llama **usar el proceso para radicar una querella.**

Una **queja rápida** se llama **querella acelerada**.

Paso 1: Contáctenos de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Llamar a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (usuarios de TTY todos los 711) suele ser el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, Servicios al Afiliado se lo hará saber.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- **Si desea escribirnos en lugar de presentar una querella verbal, puede enviar su carta por correo, fax o en persona.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1, *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su cuidado médico o medicamentos recetados de la Parte D*. Si su queja implica una negativa a otorgar una solicitud de una determinación acelerada de la organización o una determinación de cubierta o una reconsideración o redeterminación acelerada, tenemos que responder a su queja dentro de las 24 horas.
- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llaman al 711) de inmediato.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema del que desea quejarse.

Paso 2: Examinamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo diremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cubierta rápida o una apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema del que se queja, incluiremos nuestros motivos en nuestra respuesta.

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad del cuidado a la Organización de Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es sobre *la calidad del cuidado*, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede hacer su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en la práctica y otros expertos del cuidado de la salud, pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado brindada a los pacientes de Medicare. El capítulo 2 tiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización de Mejoramiento de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo**.

Sección 11.4 También puede informar a Medicare y Medicaid sobre su queja

Puede enviar una queja sobre *PMC Premier Platino* directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a 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.

Como afiliado del plan, algunos de los servicios de su plan también pueden estar cubiertos por Medicaid. Por lo tanto, tiene derecho a presentar una queja ante el plan para expresar su insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una determinación adversa de beneficios. Usted o su Representante Autorizado pueden presentar una queja oralmente o por escrito dentro de los quince (15) días calendario posteriores a la fecha del evento que inició la queja. El plan resolverá cada queja dentro de las setenta y dos (72) horas posteriores al momento en que se reciba la queja inicial, ya sea oralmente o por escrito. Si la queja no se resuelve dentro de este plazo, la queja se tratará como una querella.

El Aviso de Disposición incluirá los resultados y la fecha de la resolución de la queja e incluirá un aviso del derecho a presentar una queja o apelación y la información necesaria para solicitar una Audiencia Imparcial, si corresponde.

CAPÍTULO 10: Finalizar su afiliación en nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalizar su afiliación en nuestro plan

Terminar su afiliación en *PMC Premier Platino* puede ser **voluntario** (su propia elección) o **involuntario** (no su propia elección):

- Puede dejar nuestro plan porque decide que *quiere* irse. Las secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su afiliación voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su afiliación. La Sección 5 le informa sobre situaciones en las que tenemos que cancelar su afiliación.

Si se desafilia de nuestro plan, tenemos que continuar brindándole cuidado médico y medicamentos recetados, y continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su afiliación en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su afiliación porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su afiliación solo durante ciertas épocas del año. Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su afiliación en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporciona su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan

Nota: Si cancela su inscripción en la cubierta de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene cubierta de medicamentos acreditable durante un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una penalidad por afiliación tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Si recibe Ayuda Adicional, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya decidido no participar en la inscripción automática.

- Llame a su oficina estatal de Medicaid al 787-641-4224 para conocer sus opciones de planes de Medicaid.

- Otras opciones de planes de salud de Medicare están disponibles durante el Período de **Inscripción Abierta**. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de Inscripción Abierta.
- **Su afiliación generalmente finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.** Su inscripción en su nuevo plan también comenzará en este día.

Sección 2.2 Puede cancelar su afiliación durante el Período de Afiliación Anual

Puede cancelar su membresía durante el **Período de Afiliación Anual** cada año. Durante este tiempo, revise su cubierta de salud y medicamentos y decida sobre la cubierta para el próximo año.

- El **Período de Afiliación Abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cubierta actual o hacer cambios en su cubierta para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de cubierta:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cubierta de medicamentos.
    - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado
    - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
    - Si es elegible, un D-SNP integrado que proporciona su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Recibe ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cubierta de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene cubierta de medicamentos acreditable durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una penalidad por afiliación tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su afiliación finalizará en nuestro plan** cuando comience la cubierta de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede cancelar su afiliación durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Puede realizar *un* cambio en su cubierta de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes de afiliación a la Parte A y Parte B hasta el último día del tercer mes de afiliación.

- **Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, puede:
  - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cubierta de medicamentos.
  - Desafiliarse de nuestro plan y obtener cubierta a través de Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare por separado al mismo tiempo.
- **Su afiliación finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente, o recibamos su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su afiliación en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su afiliación durante un Período de Afiliación Especial

En ciertas situaciones, puede ser elegible para finalizar su afiliación en otras épocas del año. Esto se conoce como **Período de Afiliación Especial**.

Puede ser elegible para cancelar su afiliación durante un Período de Afiliación Especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar Medicare.gov .

- Por lo general, cuando se ha mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar su cubierta de medicamentos de Medicare.
- Si incumplimos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo cuidado en una institución, como un hogar de ancianos u hospital de cuidado prolongado (LTC).
- **Nota:** Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que solo sea elegible para ciertos Períodos de Afiliación Especiales. El Capítulo 5, Sección 10 le brinda más información sobre los programas de manejo de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 le brinda más información sobre el Período de Afiliación Especial para personas con Medicaid.

Los períodos de afiliación varían según su situación.

Para saber si es elegible para un Período de Afiliación Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su afiliación debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cubierta de salud de Medicare como la cubierta de medicamentos. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cubierta de medicamentos,
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado,
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporciona su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción en la cubierta de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene cubierta de medicamentos acreditable durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una penalidad por afiliación tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de cubierta de medicamentos: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Su afiliación generalmente finalizará el primer día del mes después de su solicitud para cambiar tu plan.

Nota: Las secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el Período de Afiliación Especial para personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 Obtén más información sobre cuándo puede cancelar su afiliación

Si tiene preguntas sobre cómo cancelar su afiliación, puede:

- **Llamar a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711)**
- Encontrar la información en el ***manual* Medicare y Usted 2027**
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su afiliación en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su afiliación en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud Medicare	• Afíliese en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará automáticamente su afiliación en *PMC Premier Platino* cuando comience la cubierta de su nuevo plan.
Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado	• Afíliese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se cancelará automáticamente su afiliación *en PMC Premier Platino* cuando comience la cubierta de su nuevo plan de medicamentos.
Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la afiliación.** Llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su afiliación. Los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048. • Se cancelará su afiliación en *PMC Premier Platino* cuando comience su cubierta en Medicare Original.

Nota: Si cancela su afiliación en la cubierta de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y no tiene cubierta de medicamentos acreditable durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una penalidad por afiliación tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre los beneficios del Programa Medicaid de Puerto Rico, llame al Programa Medicaid de Puerto Rico al 787-641-4224 (los usuarios de TTY llamen al 787-625-6955), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cubierta del Programa Medicaid de Puerto Rico.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su afiliación, tiene que seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su afiliación y comience su nueva cubierta de Medicare y Medicaid, tiene que continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores de la red para obtener cuidado médico.**
- **Continúe usando nuestras farmacias de la red o por correo para despachar sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su afiliación, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den el alta** (incluso si le dan de alta después de que comience su nueva cubierta de salud).

SECCIÓN 5 *PMC Premier Platino* tendrá que cancelar su afiliación del plan en situaciones específicas

***PMC Premier Platino* tiene que finalizar su afiliación en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:**

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Si usted ya no cumple con la condición específica de necesidad especial requerida para este plan, le enviaremos una notificación y estableceremos un período de tiempo para que usted vuelva a cualificar para el plan. Cuando termine dicho período, se le desafiliará del plan. Por favor, comuníquese con nosotros a los números que aparecen impresos al dorso de este documento.
- Si usted no paga sus gastos médicos, de ser aplicables.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de 6 meses.
    - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (ir a prisión).
- Si ya no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos o un no ciudadano elegible.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que le ofrece cubierta de medicamentos.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se afilia en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una manera que es perjudicial y nos dificulta brindarle cuidado médico a usted y a otros afiliados de nuestro plan. (No podemos hacer que

abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).

- Si permite que otra persona use su tarjeta de afiliado para recibir cuidado médico . (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
    - Si cancelamos su afiliación por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su afiliación, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que se desafilie de nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

PMC Premier Platino no puede pedirle que se desafilie de nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le pide que se desafilie de nuestro plan por una razón relacionada con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su afiliación en nuestro plan

Si cancelamos su afiliación en nuestro plan, tenemos que informarle nuestras razones por escrito para cancelar su afiliación. Tenemos que, también, explicarle cómo radicar una querella o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su afiliación.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento *de Evidencia de Cubierta* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, bajo ciertas 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 la no discriminación

Nosotros no discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, tienen que obedecer 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 Americanos con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina local de Derechos Civiles. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a su cuidado, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios al Afiliado puede ayudarlo.

La discriminación es contra la ley

MMM Healthcare, LLC., cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MMM Healthcare, LLC. no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

MMM Healthcare, LLC.:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas auxiliares apropiados gratis y servicios para comunicarse de manera eficaz con nosotros, tales como:
    - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
    - Información impresa escrita en otros formatos (letra agrandada, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

- Provee servicios de asistencia lingüísticas gratuitos a personas cuya lengua materna no es el español, que pueden incluir:
    - Intérpretes capacitados.
    - Información impresa escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Si entiende que MMM Healthcare, LLC., no le proporcionó estos servicios o discriminó en su contra de alguna otra forma debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una querella ante: Departamento de Apelaciones y Querellas, PO Box 71114 San Juan PR 00936-8014, 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos), 711 TTY (audio impedidos), 787-622-0485 (fax), clientes@mmmhc.com (correo electrónico). Puede radicar su querella en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Departamento de Servicios al Afiliado está a su disposición para brindársela.

También puede presentar una querella de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de querella en el sitio web:
http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, *PMC Premier Platino*, como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Afiliado (miembro de nuestro plan, o "afiliado del plan") – Una persona con Medicare que es elegible para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya afiliación está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Ajuste Mensual Acorde a su Ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés) – Si su ingreso bruto ajustado modificado según radicado en su planilla de contribución sobre ingresos de(l) Hacienda / Servicio de Rentas Internas de hace 2 años está por encima de una cantidad determinada, usted pagará la cantidad de prima estándar y una cantidad de Ajuste Mensual por Ingreso, también conocido como IRMAA (por sus siglas en inglés). IRMAA es un cargo adicional que se le suma a su prima. Menos del 5% de los beneficiarios con Medicare se ven afectados, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima mayor.

Apelación – Una apelación es la acción que usted toma si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cubierta de servicios de cuidado de salud o medicamentos recetados, o pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede hacer una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que esté recibiendo.

Área de servicio – El "área de servicio" es el área geográfica donde tiene que vivir para poder afiliarse a un plan de salud en particular. Para planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, por lo general, es el área donde usted obtiene sus servicios rutinarios (no emergencias). Nuestro plan tiene que desafiliarlo si se muda permanentemente fuera del área de servicio.

Ayuda adicional – Un programa de Medicare o del Estado para ayudar a personas de ingresos y recursos limitados a pagar por los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coaseguros.

Ayudante de Salud en el Hogar – Una persona que provee servicios que no necesitan las destrezas de una enfermera o terapista con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse, o realizar ejercicios recetados).

Biosimilar – Un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Biosimilares son tan seguros y efectivos como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta (Vea "**Biosimilar intercambiable**").

Biosimilar intercambiable – Un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cantidad máxima de bolsillo – El máximo que un afiliado paga de su bolsillo durante el año natural por servicios cubiertos. Las cantidades que usted paga por sus primas de Medicare Parte A y Parte B y por medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de bolsillo. (Nota: Debido a que nuestros afiliados también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos afiliados llegan a este límite).

Cargo por despacho de recetas – Es un cargo que se aplica cada vez que se despacha un medicamento cubierto para cubrir el costo de surtir dicha receta, tales como el tiempo que dedica el farmacéutico a preparar y empacar la receta.

Centro Quirúrgico Ambulatorio – Un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente para brindar servicios de cirugía ambulatorios a pacientes que no requieran hospitalización y cuyas estadías en los centros se espera que no excedan las 24 horas.

Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (CORF, por sus siglas en inglés) – Una institución que mayormente provee servicios de rehabilitación luego de una enfermedad o lesión, incluyendo terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y de lenguaje, así como servicios de evaluación del entorno casero.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) – La Agencia Federal que administra el programa Medicare.

Coaseguro – Una cantidad que se le puede requerir pagar, expresada como un por ciento (por ejemplo, 20%) como su parte del costo por servicios médicos o medicamentos recetados.

Copago – La cantidad que podría tener que pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una visita médica, una visita ambulatoria a un hospital, o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija, (por ejemplo $10) en lugar de un por ciento.

Costo compartido – Costo compartido se refiere a las cantidades que los afiliados tienen que pagar cuando reciben medicamentos o servicios. Incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier tipo de deducible que el plan podría imponer antes de que los medicamentos o servicios sean cubiertos; (2) cualquier cantidad de "copago" fijo requerida por el plan cuando se obtiene un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier cantidad de "coaseguro", un por ciento de la cantidad total establecida por el plan que se debe pagar por un servicio o medicamento que se recibe.

Costos de bolsillo – Vea la definición de "costo compartido". Lo que se le requiere a un afiliado pagar como su parte de la repartición de costos por los servicios o medicamentos recibidos, se conoce como "costo de bolsillo".

Cubierta Acreditable de Medicamentos Recetados – Cubierta de medicamentos recetados (por ejemplo, de un patrono o unión) que se espera que pague, en promedio, al

menos tanto como la cubierta estándar de Medicare para medicamentos recetados. Las personas que tienen este tipo de cubierta, cuando se hacen elegibles para Medicare, por lo general, pueden mantener la cubierta sin pagar una penalidad si luego deciden inscribirse en una cubierta Medicare de medicamentos recetados.

Cubierta Medicare de Medicamentos (Medicare Parte D) – Seguro para ayudarle a pagar por medicamentos ambulatorios recetados, vacunas, biológicos y algunos suplidos que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Cuidado de Custodia – El cuidado de custodia es un tipo de cuidado personal que puede ser provisto en un hogar de ancianos, hospicio u otra instalación donde no se requiera personal médico o de enfermería especializada. El cuidado de custodia puede ser provisto por personas sin destrezas o entrenamiento profesional e incluye ayuda con actividades diarias como bañarse, vestirse, comer, levantarse de una cama o sillón, ir de un lado a otro y usar el baño. Podría también incluir asistencia relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por su cuenta, como administrarse gotas para la vista. Medicare no paga por el cuidado de custodia.

Cuidado de Emergencia – Servicios cubiertos que son: (1) provistos por un proveedor cualificado para suministrar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición de emergencia médica.

Cuidado en Centros de Enfermería Especializada (SNF) – Los servicios de cuidado en centros de enfermería especializada y rehabilitación que se proveen de manera continua y diaria en los centros de enfermería especializada. Ejemplos incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden administrar un médico o una enfermera graduada.

Deducible – Es el monto que tiene que pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan paga.

Desafiliarse o Desafiliación – Es el proceso de cancelar su afiliación en el plan.

Determinación de Cubierta – Una decisión sobre si un medicamento recetado está cubierto por nuestro plan y la cantidad, si alguna, que debe pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y allí le indican que la misma no está cubierta bajo nuestro plan, esto no se considera una determinación de cubierta. Usted debe llamar o escribirle a nuestro plan para solicitar una decisión formal de cubierta. En este documento, las determinaciones de cubierta se llaman decisiones de cubierta.

Determinación de Organización Integrada – El plan Medicare Advantage toma una determinación de organización cuando decide si sus servicios y artículos están cubiertos o cuánto debe pagar por los mismos. A las determinaciones de organización se les conoce como "decisiones de cubierta" en este documento.

D-SNP Integrado – Un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o la totalidad de los servicios de Medicaid bajo un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto

para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad para beneficios completos.

Emergencia – Una emergencia médica sucede cuando usted u otra persona sensata con un conocimiento promedio de salud y medicina, piensa que usted tiene síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar pérdida de vida, (y, si eres mujer, la pérdida de un hijo sin nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos podrían ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeore rápidamente.

Equipo de cuidado – Un equipo de cuidado puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que están ahí para ayudarle a recibir la atención que necesita. Su equipo de cuidado también le ayuda a elaborar un plan de atención.

Equipo Médico Duradero (DME por sus siglas en inglés) – Cierto equipo médico que es ordenado por su doctor por razones médicas. Ejemplos de equipo médico duradero incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones con sistemas motorizados, suplidos para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, generadores de voz, nebulizadores o camas de hospital ordenados por un proveedor para uso en la casa.

Estadía por Hospitalización – Una estadía por hospitalización es cuando ha sido formalmente admitido al hospital para recibir servicios médicos profesionales. Aun si usted ha pasado la noche en el hospital, puede considerarse un paciente "ambulatorio".

Etapa de Cubierta Catastrófica – La etapa del Beneficio de Medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o sus representantes o terceros en su nombre) haya pagado $2,400 durante el año de póliza por medicamentos cubierto por la Parte D. Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapa de Cubierta Inicial – La etapa después de que paga su deducible (si tiene) y anterior al momento del año en que el costo total de sus medicamentos alcance alcance el monto establecido para los costos de bolsillo.

Evaluación de riesgos para la salud – Una revisión de su historial médico y de su estado de salud actual. Se utiliza para conocer su salud y cómo esta podría cambiar en el futuro.

Evidencia de Cubierta (EOC) y Divulgación de Información – Este documento, junto con su formulario de afiliación, anejos, cláusulas o cubierta opcional seleccionada, le explica su cubierta, nuestras obligaciones, y sus derechos y responsabilidades como afiliado de nuestro plan.

Excepción – Un tipo de decisión de cubierta que, de aprobarse, le permite obtener un medicamento que no está nuestro formulario (excepción al formulario), u obtener un medicamento no preferido en un nivel más bajo de costo compartido (excepción en los niveles). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro

medicamento antes de aprobar el que usted está solicitando, si nuestro plan requiere preautorización para un medicamento y usted desea que le exoneremos de la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que usted desea (excepción al formulario).

Facturación de Saldo – Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura al paciente más de la cantidad de costo compartido establecida por nuestro plan. Como afiliado de PMC Premier Platino, usted solo tiene que pagar las cantidades de costo compartido establecidas por el plan cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen por el saldo** o facturen más de la cantidad de costo compartido que nuestro plan establece que tiene que pagar.

Farmacia de la red – Una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los afiliados de nuestro plan pueden obtener sus medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solamente si son despachadas en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia Fuera de la Red – Una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los afiliados de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no está cubierta por nuestro plan a menos que se den condiciones particulares.

Herramienta de beneficios en tiempo real – Una página o una aplicación electrónica en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada, específica del afiliado y de beneficios. Esto incluye cantidades de costos compartidos, alternativas de medicamentos en el formulario que se pueden usar para la misma condición médica que un medicamento determinado y restricciones de cubierta (preautorización, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternos.

Hospicio – Beneficio que ofrece un tratamiento especial para un afiliado que ha sido certificado médicamente como un enfermo terminal, lo que significa que tiene un pronóstico de 6 meses o menos de vida. Nuestro plan, tiene que proporcionarle una lista de los centros de cuidados de hospicio en su área. Si decide ingresar a un hospicio y continuar pagando las primas de nuestro plan, usted sigue siendo afiliado de nuestro plan. Usted todavía puede obtener todos los servicios médicos necesarios, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Indicación Médicamente Aceptada – El uso de un medicamento que esté aprobado por la FDA o apoyado por ciertos libros de referencia. s, como la información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Ingreso por Seguro Suplementario (SSI) – Un beneficio mensual pagado por la Administración de Seguro Social para personas con ingresos y recursos limitados que padecen de discapacidad o ceguera, o son mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios de la Administración de Seguro Social.

Límite de gastos de bolsillo – La cantidad máxima que usted paga de su propio bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Límites de Cantidad – Una herramienta de manejo diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad, o utilización. Los límites podrían ser por las cantidades de medicamentos que cubrimos por receta o por un período definido.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o Lista de Medicamentos) – Una lista de los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Medicaid (o Asistencia Médica) – Un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados con sus costos médicos. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de cuidado de salud están cubiertos si usted cualifica tanto para Medicare como para Medicaid.

Medicamentos Cubiertos – El término general que usamos para designar a todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Medicamento Genérico – Un medicamento recetado que es aprobado por la FDA por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca reconocida. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan de la misma forma y cuestan menos que los medicamentos de marcas reconocidas.

Médicamente Necesario – Medicamentos, servicios o suplidos que sean necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplan con los estándares aceptados por la práctica médica.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que pueden ser cubiertos bajo la Parte D. Podríamos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D, o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso. Cada plan tiene que cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicamento de Marca – Un medicamento recetado que es fabricado y vendido por una compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el mismo. Los medicamentos de marca tienen las mismas fórmulas de ingredientes activos que sus versiones genéricas. No obstante, los medicamentos genéricos son manufacturados y vendidos por otras farmacéuticas y, generalmente, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca ha expirado.

Medicamento seleccionado – Un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicare – El programa federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 con algunas discapacidades y personas con Fallo Renal en

Etapa Terminal (generalmente aquellos con fallo renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de Tarifa por Servicio) – Medicare Original lo ofrece el gobierno y no es un plan de salud privado como Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales, y otros proveedores de cuidado de salud las cantidades establecidas por el Congreso. Usted puede elegir cualquier médico, hospital, u otro proveedor de cuidado de salud que acepte Medicare. Tiene que pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

Medigap (póliza de seguro suplementario de Medicare) – Seguro Suplementario de Medicare vendido por las compañías privadas de seguros para cubrir algunas brechas en la cubierta del Plan Original de Medicare. La póliza de Medigap trabaja solo con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) – Un grupo de médicos en la práctica y otros expertos en el cuidado de la salud que son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado brindado a los pacientes de Medicare.

Parte C – vea Plan Medicare Advantage (MA)

Parte D – El programa de Beneficio de Medicamentos Recetados voluntario de Medicare.

Penalidad por Afiliación Tardía a la Parte D – Cantidad que se le añade a la prima mensual del plan de su cubierta Medicare de medicamentos si se queda sin una cubierta acreditable (cubierta que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cubierta estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un período continuo de 63 días o más, luego de que es elegible para unirse a un plan de Parte D por primera vez. Si usted pierde la "Ayuda Adicional", puede estar sujeto a una penalidad por afiliación tardía si permanece 63 días o más sin Parte D u otra cubierta acreditable de medicamentos.

Período Abierto de Afiliación de Medicare Advantage – Periodo de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo el cual un afiliado de un plan Medicare Advantage puede cancelar su afiliación y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener su cubierta a través de Medicare Original. Si escoge cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede unirse a un plan de Medicare para medicamentos recetados durante este momento. El Período Abierto de Afiliación de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que un individuo es elegible a Medicare por primera vez.

Período de Afiliación Anual – El período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los afiliados pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Período de Beneficio – La manera en que tanto Medicare Original como nuestro plan miden el uso que usted da al hospital y a los servicios de centros de Enfermería Especializada (SNF). Un período de beneficio comienza el primer día en que usted ingresa en un hospital o centro de Enfermería Especializada y termina cuando usted no haya recibido cuidado intrahospitalario o en un centro de Enfermería Especializada por 60 días consecutivos. Si lo admiten en un hospital o SNF después de que finaliza un período de beneficio, comienza un nuevo período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio. Este período de beneficios de hospitalización no es el mismo que el de Medicare Original. Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para una estadía en el hospital y hasta 100 días en un centro de Enfermería Especializada (SNF).

Período Inicial de Afiliación – Cuando usted se hace elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo dentro del cual puede afiliarse a la Parte A y Parte B de Medicare. Por ejemplo, si se hace elegible para Medicare al cumplir 65 años, su Período Inicial de Afiliación es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumpla 65 años, incluye el mes de su cumpleaños número 65, y termina 3 meses después de que haya cumplido los 65 años.

Persona con elegibilidad doble – Persona que es elegible tanto para Medicare como para Medicaid.

Plan de atención: un plan que detalla qué servicios recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y profesional de la salud que habitualmente atiende al afiliado (como, pero no limitado a, nutricionista, trabajador social, manejador de caso, etc.) u otros servicios.

Plan de necesidades especiales de cuidado crónico (C-SNP) – los C-SNP son SNP que limitan la afiliación a personas elegibles a MA con condiciones crónicas severas o incapacitantes específicas.

Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) – Un tipo especial de plan Medicare Advantage cuyo cuidado de salud se enfoca en grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, quienes residen en hogares de ancianos, o quienes padecen de ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de Necesidades Especiales Institucionales (I-SNP, por sus siglas en inglés) – Los I-SNP limitan la afiliación a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de cuidado que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días consecutivos en ciertos centros de cuidado prolongado. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes a instituciones (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP).

Plan de Necesidades Especiales en Instituciones Equivalentes (IE-SNP) – Un IE-SNP limita la afiliación a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de cuidado que ofrece un centro.

Plan de Salud Medicare – Un plan de salud Medicare ofrecido por una compañía privada bajo contrato con Medicare para proveer beneficios de las Partes A y B a personas con Medicare que se afilien en nuestro plan. Este término incluye a todos los planes Medicare Advantage, Planes de Costos de Medicare, Planes de Necesidades Especiales, Programas de Demostración/Pilotos, y Programas de Cuidado Total para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) – Un plan de una Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los afiliados por un monto de pago específico. Un plan PPO tiene que cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del afiliado será generalmente mayor cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA) – A veces se le llama Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una compañía privada que establece un contrato con Medicare para proveerle todos sus beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i). un HMO, ii) un PPO, iii) un plan privado de tarifa por servicio (PFFS), o un iv) plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen cubierta de medicamentos recetados bajo Medicare Parte D. Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con Cubierta de Medicamentos Recetados.**

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP) – D-SNPs afilian personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos o todos los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Preautorización – Aprobación por adelantado para obtener servicios o algunos medicamentos basados en criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan preautorización están señalados en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren preautorización están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestra página electrónica.

Precio justo máximo – el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Prima – El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan de cuidado de salud por la cubierta de salud o de medicamentos.

Producto biológico – Un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Vea "Producto Biológico Original" y "Biosimilar").

Producto biológico original – Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para los fabricantes de una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Programa de descuento de fabricantes – Programa en el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos y productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM) – Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas, disponible para personas que cumplen ciertos requisitos o participan en un Programa de Manejo de Medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una consulta con un farmacéutico o profesional de la salud para revisar los medicamentos.

Prostéticos y ortóticos – Dispositivos médicos incluyen, pero no se limitan a, abrazaderas de brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, incluyendo los suplidos de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de Cuidado Primario (PCP) – El médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, tiene que ver a su proveedor de cuidado primario antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado médico.

Proveedor en la Red del Plan – Proveedor es el término general para los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otras instalaciones de cuidado de la salud que estén autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proveer servicios de cuidado de salud. **Proveedores del plan** tienen acuerdos con nosotros para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, coordinar o proveer servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan.

Proveedores Fuera de la Red del Plan o Instalaciones Fuera de la Red del Plan – Proveedores o instalaciones que no tienen contrato con nuestro plan para coordinar o proveer

servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red del plan no están empleados, no pertenecen, ni son administrados por nuestro plan.

Queja - El nombre formal para presentar una queja es **radicar una querella**. El proceso de quejas se utiliza solamente para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de servicio, los tiempos de espera, y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos de tiempo del proceso de apelación.

Querella integrada – Un tipo de queja que usted hace sobre nosotros o farmacias, incluyendo quejas sobre la calidad de su cuidado. Este tipo de queja no involucra disputas sobre pagos o cubierta.

Referido – Una orden escrita de su médico primario para que usted consulte a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin un referido, es posible que nuestro plan no cubra los servicios de un especialista.

Servicios al Afiliado – Un departamento dentro de nuestro plan responsable por contestar sus preguntas sobre su afiliación, beneficios, querellas, y apelaciones.

Servicios cubiertos – El término que utilizamos para definir todos los servicios y suplidos para el cuidado de la salud cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare – Los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud Medicare, tienen que cubrir todos los servicios de las Partes A y B de Medicare. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de urgencia – Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporeramente fuera del área de servicio de nuestro plan o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales), no se consideran de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporeramente.

Servicios de Rehabilitación – Estos servicios incluyen cuidado de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios preventivos – Servicios de cuidado médico que le ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud a tiempo, determinar los tratamientos más eficaces y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, pruebas de

laboratorio y pruebas de detección. También incluyen programas de control de la salud, así como asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar su propia salud.

Subsidio por Bajo Ingreso (LIS, por sus siglas en inglés) – Vea "Ayuda Adicional".

Tarifa de costo compartido diario – Una "tarifa de costo compartido diario" se podría aplicar cuando su médico le recete menos del suministro completo de un mes en ciertos medicamentos y se le requiera un copago. Una tarifa de costo compartido diario consta del copago dividido por el número de días de suministro para un mes. Por ejemplo: si el copago de un suministro de un mes por un medicamento es de $30, y un suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, entonces su tarifa de costo compartido diario será de $1.

Terapia Escalonada – Una herramienta de utilización que requiere que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico recetó inicialmente.

Servicios al Afiliado de *PMC Premier Platino*

Método	Servicios al Afiliado - Información de contacto
Llame	787-620-2397 1-866-333-5470 (libre de cargos) Las llamadas a este número son libres de cargo. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Servicios al Afiliado 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son libres de cargo. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Escriba	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Servicios al Afiliado PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Correo electrónico: clientes@mmmhc.com
Internet	www.mmmpr.com

Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada (SHIP de Puerto Rico)

La Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consultoría local sobre seguros de salud, de manera gratuita, a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
Llame	787-721-6121 o 1-877-725-4300 (Área Metro) 1-800-981-0056 (Región de Mayagüez) 1-800-981-7735 (Región de Ponce) Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
TTY	787-919-7291

	Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
Escriba	**Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada** **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** PO Box 191179 San Juan, PR 00919-1179
Internet	www.oppea.pr.gov

Declaración de divulgación *la ley de reducción de papel de PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de papel 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, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*