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 MMM Plenitud (HMO-POS)

Este documento ofrece los detalles de su cubierta de salud y de medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

- Su prima del plan y el costo compartido
- Su beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones exigidas 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) (Usuarios de TTY llamen al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Esta llamada es gratis.

Este plan, MMM Plenitud, es ofrecido por MMM Healthcare, LLC. (Cuando esta Evidencia de Cubierta dice "nosotros," o "nuestro," se refiere a MMM Healthcare, LLC. Cuando dice "plan" o "nuestro plan," se refiere a MMM Plenitud.)

Este documento está disponible gratis en inglés y español.

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

Beneficios, deducibles, y/o copagos/coaseguros podrían cambiar el 1 de enero de 2027.

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

Y0049_2027 1150 0007 1_C
MMM-PDG-MIS-732-072726-S

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como afiliado 4

SECCIÓN 1 Usted es un afiliado de MMM Plenitud 4
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 5
SECCIÓN 3 Materiales importantes de afiliación 6
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027 8
SECCIÓN 5 Cómo pagar su penalidad por afiliación tardía de la Parte D 12
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su expediente de afiliación 14
SECCIÓN 7 Cómo trabaja otra aseguradora con nuestro plan 15

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 17

SECCIÓN 1 MMM Plenitud Contactos 17
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 22
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro de Salud (SHIP) 23
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) 24
SECCIÓN 5 Seguro Social 25
SECCIÓN 6 Medicaid 26
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados 26
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) 28
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un patrono 29

CAPÍTULO 3: Usar nuestro plan para sus servicios médicos 30

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como afiliado de nuestro plan 30
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica 32
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o cuidados de urgencia 36
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos? 38
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 39
SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución de atención médica religiosa no médica 41
SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos 42

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga) 44

SECCIÓN 1 Cómo comprender sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos 44

SECCIÓN 2 La tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos 45
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 130

CAPÍTULO 5: Uso de la cubierta del plan para medicamentos de la Parte D 133

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cubierta de la Parte D de nuestro plan 133
SECCIÓN 2 Despachar su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan 133
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la lista de medicamentos de nuestro plan 137
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cubierta 139
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría 140
SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año 143
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 145
SECCIÓN 8 Cómo despachar una receta 147
SECCIÓN 9 Cubierta de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 147
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos 149

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D 152

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D 152
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para afiliados de MMM Plenitud 154
SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra 154
SECCIÓN 4 No hay deducible para MMM Plenitud 156
SECCIÓN 5 La etapa de cubierta inicial 156
SECCIÓN 6 La etapa de cubierta catastrófica 161
SECCIÓN 7 Información adicional sobre beneficios 162
SECCIÓN 8 Lo que paga por las vacunas de la Parte D 162

CAPÍTULO 7: Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos 165

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos 165
SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que pague una factura que recibió 167
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no 168

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 170

SECCIÓN 1 Nuestro plan tiene que honrar sus derechos y sensibilidades culturales 170
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como afiliado de nuestro plan 184

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o queja (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas) 186

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud 186
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 186
SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema 187
SECCIÓN 4 Una guía para decisiones de cubierta y apelaciones 188
SECCIÓN 5 Cuidado médico: cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación 191
SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación 199
SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto 210
SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cubierta está terminando demasiado pronto 215
SECCIÓN 9 Llevar tu apelación a los niveles 3, 4 y 5 219
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 222

CAPÍTULO 10: Poner fin a la membresía en nuestro plan 226

SECCIÓN 1 Finalizar su membresía en nuestro plan 226
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 226
SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 229
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 229
SECCIÓN 5 MMM Plenitud tiene que cancelar su membresía del plan en ciertas situaciones 230

CAPÍTULO 11: Avisos legales 232

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 232
SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación 232
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 233

CAPÍTULO 12: Definiciones 235

Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada (SHIP de Puerto Rico) 246

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como afiliado

SECCIÓN 1 Usted es un afiliado de MMM Plenitud

Sección 1.1 Usted está afiliado en MMM Plenitud, el cual es un plan Medicare HMO Plan Punto de Servicio

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cubierta para medicamentos recetados y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, MMM Plenitud. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a proveedores en este plan son diferentes a los de Medicare Original.

MMM Plenitud es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la Salud) con una opción de Punto de Servicio (POS) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. Punto de Servicio significa que puede usar proveedores fuera de la red de nuestro plan por un costo adicional. (Vea el Capítulo 3, Sección 2.4 para información sobre el uso de la opción Punto de Servicio.)

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cubierta*

Esta *Evidencia de Cubierta* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo MMM Plenitud cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de afiliación, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y cualquier notificación que reciba de nosotros sobre cambios en su cubierta o condiciones que la afecten. Estos avisos a veces se denominan cláusulas adicionales o enmiendas.

El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en MMM Plenitud 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 calendario. Esto significa que podemos modificar los costos y beneficios de MMM Plenitud 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) tiene que aprobar MMM Plenitud cada año. Puede seguir recibiendo cubierta de Medicare como afiliado de nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciéndolo y Medicare renueve su aprobación.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser afiliado de nuestro plan siempre que cumpla con todas estas condiciones:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Usted reside en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). Las personas encarceladas no se consideran residentes en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o un no ciudadano elegible.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para MMM Plenitud

MMM Plenitud se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo afiliado de nuestro plan, tiene que continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes municipios en 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 se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá permanecer como afiliado del plan. Llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (Si usa TTY, llame al 711) para consultar si tenemos un plan en su nueva área. Al mudarse, tendrá un Período especial de afiliación para cambiarse a Medicare Original o afiliarse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense, o no ciudadano elegible

Tiene que ser ciudadano estadounidense 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 MMM Plenitud si no es elegible para seguir siendo afiliado de nuestro plan por este motivo. MMM Plenitud tiene que cancelar su afiliación si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de afiliación

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de afiliado del plan

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

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea afiliado de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de afiliado de MMM Plenitud, podría tener que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Podrían pedirle que la muestre si necesita servicios hospitalarios, cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si la tarjeta de afiliado del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame a Servicios al afiliado 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 3.2 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 los proveedores de equipo médico duradero. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Tiene que usar proveedores de la red para obtener servicios y cuidados médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son

emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que MMM Plenitud autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Las farmacias de la red son farmacias que se comprometen a suministrar las recetas cubiertas para los afiliados de nuestro plan. Utilice el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Vea el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no pertenecen a la red de nuestro plan.

En este plan, usted tiene una opción de Punto de Servicio (POS). La opción POS le permite obtener cuidado de proveedores y hospitales que no estén contratados cuando se encuentre fuera del área de servicio. Puede obtener todos los servicios cubiertos por el plan, pero tendrá que pagar un costo compartido más alto que el que pagaría cuando usa proveedores o farmacias en la red.

Este beneficio no es lo mismo que ser atendido por médicos y/u hospitales fuera de la red durante una emergencia o en una situación de cuidado urgente. Por favor, refiérase al Capítulo 3 para más información sobre costos compartidos bajo su opción POS, su cantidad límite en dólares y los requisitos de preautorización.

Obtenga la lista más reciente de proveedores, farmacias y suplidores también está disponible en nuestra página de internet en www.mmmpr.com.

Si no tiene su copia del Directorio de Proveedores y Farmacias, puede solicitar una copia (en forma electrónica o impresa) a través de Servicios al Afiliado 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711). Las solicitudes de Directorios de Proveedores y Farmacias impresos se le enviarán por correo dentro de 3 días laborales.

Sección 3.3 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan cuenta con una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también llamada Lista de Medicamentos o Formulario). Esta lista indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en MMM Plenitud. Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos cumple con los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de Medicamentos, a menos que se hayan eliminado o reemplazado, como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de Medicamentos de MMM Plenitud.

La Lista de Medicamentos también le indica si hay reglas que restringen la cubierta de sus medicamentos.

Le proveeremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y al día sobre cuáles 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 4 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima del plan mensual * *Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Vea 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 de copago por visita**
Visitas a especialistas	**$0 de copago 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.	**Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad.** **Nivel 1: Red Preferida** **$0 de copago por admisión o estadía, incluyendo UNIDAD DORADA** **Nivel 2: Red General** **$50 de copago por admisión o estadía**
Cubierta de medicamentos de la Parte D (Vaya al capítulo 6 (para obtener más detalles, incluyendo las Etapas de Deducible Anual, Cubierta Inicial y de Cubierta Catastrófica.)	**Copago/Coaseguro, según aplique, durante la Etapa de Cubierta Inicial:** **Medicamentos Nivel 1 (Genéricos Preferidos): $0 de copago** **Medicamentos Nivel 2 (Genéricos): $0 de copago** **Medicamentos Nivel 3 (Marca Preferida): $5 de copago**

	Sus costos en 2027
	Medicamentos Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos): $7 de copago **Medicamentos Nivel 5 (Especializados): 33% de coaseguro. Usted no paga más de $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Medicamentos Nivel 6 (Cuidado Selecto): $0 de copago** **Etapa de Cubierta Catastrófica:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D y los medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestra cubierta adicional.**

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)
- Cantidad de Ingreso Bruto Ajustado Modificado (Sección 4.4)
- Cantidad de plan de pago de medicamentos recetados de medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual aparte para MMM Plenitud.

Sección 4.2 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 **$45.**

Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo afiliado del plan
Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los afiliados que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Penalidad por afiliación tardía de la Parte D

Algunos afiliados se les requiere pagar una **penalidad por afiliación tardía** de la Parte D. Esta penalidad es una prima adicional que tiene que pagarse por la cubierta de la Parte D si, después de su período de inscripción inicial, no tuvo cubierta de la Parte D ni de otra cubierta de medicamentos válida durante 63 días consecutivos o más. La cubierta acreditable de medicamentos recetados es una cubierta que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cubierta estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la penalidad por afiliación tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cubierta acreditable de medicamentos recetados. Generalmente tendrá que pagar esta penalidad mientras tenga cubierta de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en MMM Plenitud, le dejaremos saber cuál es la cantidad de la penalidad.

Usted no tendrá que pagar la penalidad por afiliación tardía a la Parte D si:

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Estuvo menos de 63 días seguidos sin Parte D u otra cubierta acreditable.
- Tenía cubierta de medicamentos válida a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VA)). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informará cada año si su cubierta de medicamentos es válida. Puede recibir esta información en una carta o en un boletín informativo de ese plan. Guarde esta información, ya que podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - **Nota:** Cualquier carta o notificación tiene que indicar que usted tenía una cubierta de medicamentos recetados acreditable que se espera que pague tanto como lo paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
    - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuento en medicamentos no son cubierta acreditable para medicamentos recetados.

Medicare determina la cantidad por la penalidad por afiliación tardía de la Parte D.
He aquí cómo funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cubierta acreditable de medicamentos recetados después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cubierta.

- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos Medicare en la nación del año anterior (prima base nacional por beneficiario). Para 2027, esta prima promedio 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 penalidad por la prima mensual promedio 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% multiplicado por $41.33, lo que equivale a $5.7862. Esto se redondea a $5.79. Esta cantidad se añadirá **a la prima mensual de alguien con una penalidad por afiliación tardía a la Parte D**.

Tres cosas importantes que debe saber sobre la Penalidad por afiliación tardía de la Parte D:

- **La penalidad puede cambiar cada año,** porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- **Generalmente usted continuará pagando la penalidad cada mes** mientras esté afiliado a un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, aunque cambie de plan.
- Si es *menor* de 65 años y está inscrito en Medicare, la penalidad por afiliación tardía a la Parte D se reajustará cuando cumpla los 65. Después de los 65 años, su penalidad por afiliación tardía a la Parte D se basará solo en los meses que pase sin cubierta después de su período inicial de inscripción en Medicare.

Si está en desacuerdo con su penalidad por afiliación tardía a la Parte D, usted o su representante pueden pedir 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 en un plazo de **60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le notificó que tiene que pagar una penalidad por afiliación tardía. Sin embargo, si estaba pagando una penalidad antes de afiliarse a nuestro plan, generalmente no tendrá tenga otra oportunidad para solicitar una revisión de esa penalidad por afiliación tardía.

Importante: No deje de pagar su penalidad por afiliación tardía a la Parte D mientras espera por una reconsideración de la decisión sobre su penalidad por afiliación tardía. Si lo hace, podría ser desafiliado por falta de pago de su prima mensual**.**

Sección 4.4 Ingreso Bruto Ajustado Modificado

Es posible que algunos afiliados deban pagar un cargo adicional, 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 dos años. Si esta cantidad es mayor a cierta cantidad, pagará la cantidad de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que puede tener que pagar por sus ingresos, acceda 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 deducirá de su cheque del Seguro Social, la Junta de Jubilación Ferroviaria o la Oficina de Administración de Personal sin importar el modo que normalmente usa para pagar la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad 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 le cancelará la afiliación a nuestro plan y perderá la cubierta de medicamentos recetados.**

Si usted no está de acuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar 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 4.5 Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por los medicamentos recetados que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

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

SECCIÓN 5 Cómo pagar su penalidad por afiliación tardía de la Parte D

Sección 5.1 Cómo pagar su penalidad por afiliación tardía de la Parte D

Hay tres formas para pagar la penalidad.

Opción 1: Pagando con cheque

Puede optar por pagar su penalidad por afiliación tardía de la Parte D directamente a su plan. Su penalidad por afiliación tardía de la Parte D puede pagar mediante cheque, ya sea en persona o por correo, enviándolo a:

MMM Healthcare, LLC.
PO Box 70175
San Juan, PR 00936-0175

También puede depositar su cheque en persona en la oficina de nuestro plan más cercana a su municipio. Su pago debe ser recibido dentro de los primeros 15 días de cada mes.

Opción 2: Puede optar porque se debite la penalidad por afiliación tardía de la Parte D de su cuenta de banco o tarjeta de crédito

En vez de pagar con cheque, puede hacer que el pago de su penalidad por afiliación tardía de la Parte D se debite automáticamente de su cuenta de banco o tarjeta de crédito. Si quiere utilizar este método, todos los meses, debe llamar a nuestro Departamento de Servicios al Afiliado y solicitar hacer su pago mediante el servicio de débito automático. Un representante de Servicios al Afiliado procesará su pago y le enviará una carta de confirmación como evidencia de la transacción. Recuerde, debemos recibir su pago dentro de los primeros 15 días de cada mes.

Opción 3*:* Debitando el pago de su penalidad por afiliación tardía de la Parte D de su cheque del Seguro Social.

Cambiando la forma en que paga su penalidad por afiliación tardía de la Parte D. Si decide cambiar la opción por la cual paga su penalidad por afiliación tardía de la Parte D, su nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la penalidad por afiliación tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicios al Afiliado para obtener más información sobre cómo pagar su penalidad de esta manera. Estaremos encantados de ayudarle a resolver esto.

Si tiene dificultades para pagar su penalidad por afiliación tardía de la Parte D

Su penalidad por afiliación tardía de la Parte D debe llegar a nuestras oficinas antes del día 15 del mes. Si no recibimos su pago antes del día 15 del mes, le enviaremos un aviso informándole que su afiliación en el plan terminará si no recibimos su penalidad por afiliación tardía de la Parte D, si se adeuda, dentro de 180 días. Si está obligado a pagar una penalidad por afiliación tardía a la Parte D, tiene que pagar la penalidad para conservar su cubierta de medicamentos recetados.

Si tiene dificultades para pagar su penalidad por afiliación tardía de la Parte D, si se adeuda, a tiempo, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (Los usuarios de TTY llamen al 711) para ver si podemos recomendarle programas que le ayuden con sus costos.

Si cancelamos su afiliación al plan porque no pagó su penalidad por afiliación tardía de la Parte D, si se adeuda, tendrá cubierta médica de Medicare Original. Además, es posible que no pueda recibir la cubierta de la Parte D hasta el año siguiente si se afilia en un nuevo plan durante el Período de Afiliación Anual. (Si no tiene cubierta de medicamentos acreditable durante más de 63 días, es posible que deba pagar una penalidad por afiliación tardía de la Parte D mientras tenga cubierta de la Parte D).

Al momento en que cancelemos su afiliación, puede que aún nos adeude la penalidad. Tenemos el derecho de gestionar el cobro de la cantidad que adeuda. En un futuro, si desea afiliarse nuevamente a nuestro plan (o a otra cubierta que ofrezcamos), tendrá que pagar la cantidad que adeuda antes de poder afiliarse.

Si entiende que cancelamos su afiliación por error, puede presentar una queja (también llamada querella). Si tuvo una situación de emergencia que estuvo fuera de su control y que causó el que no pudiera pagar su penalidad por afiliación tardía de la Parte D, si se adeuda, dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Para quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja o llámenos al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos). Los usuarios de TTY llamen al 711. Tiene que presentar su queja a más tardar 60 días calendario después de la fecha de finalización de su afiliación.

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

No se nos permite cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual de su plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una penalidad por afiliación tardía, si la adeuda, o que deba comenzar a pagarla.

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

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

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su expediente de afiliación

Su expediente de afiliación tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número telefónico. Éste muestra la cubierta específica de su plan incluyendo su Proveedor de Cuidado Primario.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores dentro de la red de su plan **utilizan su historial de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus cantidades de costos compartidos.** Por eso, es fundamental que mantenga su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o teléfono
- Cambios en cualquier otro seguro de salud que tenga (por ejemplo, el de su patrono, el patrono de su cónyuge o pareja con quien convive, por accidentes en el trabajo o, Medicaid)
- alguna reclamación por responsabilidad, como reclamaciones por accidentes de auto

- Si lo han ingresado en un hogar de ancianos
- Si recibe cuidado en un hospital o sala de emergencias fuera de la red o fuera del área de servicio
- Si cambia la persona responsable por usted (como un cuidador)
- 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 cualquiera de esta información cambia, por favor, avísenos llamando a Servicios al Afiliado 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (Los usuarios de TTY llamen al 711).

También es importante que contacte a la Administración del 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 7 Cómo trabaja otra aseguradora con nuestro plan

Medicare requiere que obtengamos información sobre su afiliación a cualquier otra cubierta de seguro médico o de farmacia que tenga porque tenemos que coordinar 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 cuidadosamente. Si es correcto, no necesitas 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 su 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 patronal), 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 ("pagador secundario") solo paga si hay costos que no cubren la cubierta principal. El pagador secundario no puede pagar los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas aplican para cubiertas grupales patronales o sindicales:

- 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 familiar, 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 Fallo Renal en Etapa Terminal (ESRD):

  - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted (o un familiar) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el patrono tiene 100 o más empleados o al menos un patrono en un plan de patronos múltiples tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el patrono tiene 20 o más empleados o al menos un patrono en un plan de patronos múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque padece de Fallo Renal en Etapa Terminal, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de hacerse elegible para Medicare.

Estos tipos de cubierta, por lo general, pagan primero por servicios relacionados con cada categoría:

- Seguro sin culpa (incluyendo seguros de autos)
- Responsabilidad (incluyendo seguros de autos)
- Beneficios de neumoconiosis
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 MMM Plenitud Contactos

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre tarjetas de afiliado, llame o escriba a Servicios al Afiliado de MMM Plenitud estaremos encantados de ayudarte.

Servicios al afiliado - Información de contacto	
Llamar	787-620-2397 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Servicios al Afiliado 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 gratuitas. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Escribir	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Servicios al Afiliado PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Dirección de correo electrónico: clientes@mmmhc.com
Sitio web	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 pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera 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 atención médica o medicamentos de la Parte D, vaya al Capítulo 9.

Decisiones de cubierta para atención médica - Información de contacto	
Llamar	787-620-2397 1-866-333-5470

	Las llamadas a este número son gratuitas. 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 gratuitas. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	787-620-2388
Escribir	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Servicios al Afiliado PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Dirección de correo electrónico: clientes@mmmhc.com
Sitio web	www.mmmpr.com

Apelaciones de atención médica - Información de contacto	
Llamar	787-620-2397 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son gratuitas. 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 gratuitas. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	787-625-3375
Escribir	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Servicios al Afiliado PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Dirección de correo electrónico: clientes@mmmhc.com
Sitio web	www.mmmpr.com

Decisiones de cubierta para medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto	
Llamar	787-620-2397 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son gratuitas. 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 gratuitas. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	1-833-740-4081 para determinaciones de cubierta estandar 1-800-860-7235 para determinaciones de cubierta aceleradas
Escribir	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Servicios al Afiliado PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Dirección de correo electrónico: clientes@mmmhc.com
Sitio web	www.mmmpr.com

Apelaciones de medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto	
Llamar	787-620-2397 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son gratuitas. 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 gratuitas. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	787-620-2390
Escribir	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Servicios al Afiliado PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Dirección de correo electrónico: clientes@mmmhc.com
Sitio web	www.mmmpr.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

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 atención médica, vaya al Capítulo 9.

Quejas sobre atención médica – Información de contacto	
Llamar	787-620-2397 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son gratuitas. 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 gratuitas. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	787-625-3375
Escribir	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Apelaciones y Quejas PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Dirección de correo electrónico: clientes@mmmhc.com
Sitio web de Medicare	Para enviar una queja sobre MMM Plenitud directamente a Medicare, vaya a Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D - Información de contacto	
Llamar	787-620-2397 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son gratuitas. 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 gratuitas. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	787-620-2390

Escribir	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Apelaciones y Quejas PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Dirección de correo electrónico: clientes@mmmhc.com
Sitio web de Medicare	Para enviar una queja sobre MMM Plenitud directamente a Medicare, vaya a Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de cuidado médico o 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 atención médica - Información de contacto	
Llamar	787-620-2397 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son gratuitas. 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 gratuitas. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Escribir	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Servicios al Afiliado PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Dirección de correo electrónico: clientes@mmmhc.com
Sitio web	www.mmmpr.com

Solicitudes de pago de medicamentos recetados - Información de contacto	
Llamar	787-620-2397 1-866-333-5470

	Las llamadas a este número son gratuitas. 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 gratuitas. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	1-833-740-4081
Escribir	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Servicios al Afiliado PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Dirección de correo electrónico: clientes@mmmhc.com
Sitio web	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	
Llamar	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. 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 gratuitas.
Chatea en vivo	Chatea en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
Escribir	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	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 y proveedores de atención médica.
- Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas o vacunas y visitas anuales de "bienestar").
- Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.
- Obtenga información sobre la calidad del cuidado proporcionado 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 atención a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre MMM Plenitud.

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, el SHIP se llama Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada.

La Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada es un programa estatal independiente (no 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, ayudarlo a 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.

La Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada (SHIP de Puerto Rico) – Información de contacto	
Llamar	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.
Escribir	**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 shippr@oppea.pr.gov
Sitio web	www.oppea.pr.gov/

SECCIÓN 4 Organización para el 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 que 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 del cuidado que recibió. Los ejemplos de preocupaciones sobre la calidad del cuidado 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, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación comprensivo para pacientes ambulatorios (CORF) está terminando demasiado pronto.

Commence Health *(Organización de Mejoramiento de la Calidad de Puerto Rico)* – Información de contacto	
Llamar	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.
Escribir	**BFCC-QIO Program** Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
Sitio web	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 su 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 te mudas o cambias tu dirección postal, comunícate con el Seguro Social para informarles.

Seguro Social – Información de contacto	
Llamar	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos negocios las 24 horas del día.
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 gratuitas. Disponible de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes.
Sitio web	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. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicaid y los programas de ahorro de Medicare, comuníquese con el Departamento de Salud (Programa Medicaid de Puerto Rico).

Departamento de Salud (programa Medicaid de Puerto Rico) – Información de contacto	
Llamar	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.
Escribir	Estado Libre Asociado de Puerto Rico Departamento de Salud Programa Medicaid PO Box 70184 San Juan, PR 00936-8184 Correo electrónico: prmedicaid2@salud.pr.gov
Sitio web	www.medicaid.pr.gov

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

El sitio web 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

Hay programas en Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar sus costos de Medicare. Los programas varían en estas áreas. Llame a su oficina local de Asistencia Médica (Medicaid) para obtener más información sobre sus reglas (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 de este capítulo). O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga "Medicaid" para obtener más información. Los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048. También puede visitar www.Medicare.gov para obtener más información.

¿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 califican 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 prueba de residencia estatal y de la condición de VIH, bajos ingresos (según lo definido por el estado) y estado sin seguro o con seguro insuficiente. 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.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cubierta actual de medicamentos para ayudarlo a administrar sus costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo **del año calendario** (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cubierta de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cubierta de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) o visite Medicare.gov.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare - Información de contacto	
Llamar	1-833-696-2087 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a 20:00 horas. (Los usuarios de TTY llamen al 711) también tiene 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 gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	1-440-557-6525
Escribir	MMM Cuidado de la salud PO Box 1003 Departamento de Elecciones del MPPP 13900 N. Harvey Ave Edmond, OK 73013 Dirección de correo electrónico: ElectMPPP@RxPayments.com
Sitio web	Activate.RxPayments.com

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas comprensivos 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	
Llamar	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione "0" para hablar con un representante de RRB de 9 am a 3:30 pm, lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 am a 12 pm el miércoles. Presione "1" para acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos 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 gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un patrono

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su patrono o grupo de jubilados (o de su cónyuge o pareja) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del patrono/sindicato o al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud de su patrono o jubilado (o los de su cónyuge o pareja), las primas o el período de inscripción. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cubierta de Medicare bajo este plan. Los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cubierta de medicamentos a través de su patrono o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarlo a comprender cómo funcionará su cubierta actual de medicamentos con nuestro plan.

CAPÍTULO 3: Usar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como afiliado de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre el uso de nuestro plan para obtener cubierta de su atención médica. Para obtener detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe atención, 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 atención médica. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores** de la red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de su 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 la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, solo paga su parte del costo de sus servicios.
- **Los servicios cubiertos** incluyen todo el cuidado médico, los servicios de atención médica, los suministros, 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 detallan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para que su atención médica esté cubierta por nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, MMM Plenitud tiene que cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y seguir las reglas de cubierta de Medicare Original.

MMM Plenitud generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe se incluye en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan en el** Capítulo 4.
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son

necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y 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 atención.** 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 tiene que 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 referidos de su PCP para atención de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP, vaya a la Sección 2.2.
- **Tiene que recibir atención de un proveedor de la red** (vaya a la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que tiene que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios que recibe. Aquí están las *4* 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 atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Deberá obtener la autorización del plan antes de buscar atención. En esta situación, paga lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, vaya a la Sección 2.4.
  - Este plan ofrece la opción de punto de servicio (POS). Si se encuentra fuera del área de servicio y necesita atención médica, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red. Deberá obtener la autorización del plan antes de buscar atención. En esta situación, pagará un costo compartido más alto que el que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Este beneficio está sujeto a un costo compartido más alto y una cantidad máxima en dólares por año. Tenga en cuenta que el beneficio de POS cubre los Estados Unidos y sus territorios. Los proveedores que prestan servicios bajo esta opción tienen que tener licencia estatal o certificación estatal. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre su costo compartido de POS, el límite en la cantidad en dólares y los requisitos de autorización previa. Los servicios de punto de servicio están cubiertos a través de reembolso, según las tarifas de los proveedores contratados del Plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el

afiliado. Los reembolsos están sujetos a que los servicios estén cubiertos, sean médicamente necesarios y cumplan con todas las reglas de beneficios.

- Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente. 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 que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y 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 de la red de nuestro plan para obtener atención médica

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

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

- **¿Qué es un PCP?**

  Cuando se convierte en afiliado de nuestro Plan, tiene que elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un médico que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Como explicamos a continuación, recibirá su atención de rutina o básica de su PCP. Su PCP le brindará la mayor parte de su atención y lo ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como afiliado de nuestro Plan.

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

  Un PCP es un médico en la especialidad de medicina interna, medicina familiar, medicina general o geriátrica al que tendrá acceso sin un referido y que tiene un acuerdo contractual directo o indirecto con nosotros.

- **El papel de un PCP en su plan**

  Su PCP está capacitado para brindarle atención médica básica. Su PCP le brindará la mayor parte de su atención y lo ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como afiliado de nuestro Plan. Esto incluye radiografías, pruebas de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, admisiones hospitalarias y atención de seguimiento.

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

"Coordinar" sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo va. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, tiene que obtener la aprobación por adelantado (obtener un referido) de su PCP. En algunos casos, su PCP tendrá que obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Dado que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

No necesita un referido para ir a especialistas. En caso de que necesite recibir servicios médicos de un especialista fuera de la red, tiene que obtener una autorización previa. Si no tiene una autorización previa del plan, es posible que tenga que pagar estos servicios usted mismo.

¿Cómo elegir un PCP?

Elegirá un PCP utilizando el *Directorio de Proveedores y Farmacias* cuando se inscriba en nuestro plan.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y tenga que elegir un nuevo PCP. Si cambia de PCP, no estará limitado a especialistas y hospitales específicos a los que se refiere ese PCP.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios al Afiliado. Su solicitud entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha de su solicitud.

Sección 2.2 Atención médica que puede obtener sin un referido de PCP

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

- Atención médica de rutina para mujeres, incluidos exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de la mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, COVID-19, hepatitis B y neumonía, 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, que son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no son una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de 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 temporalmente.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente 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 su diálisis de mantenimiento mientras está fuera.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica 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. Sin embargo, no necesita la aprobación de su PCP para ver a un especialista del plan. Puede ir directamente a ver a ese especialista siempre que sea un proveedor del plan. Si cambia de PCP, no estará limitado a especialistas y hospitales específicos a los que ese PCP refiere.

- **¿Para qué servicios necesitará el PCP obtener autorización del plan?**

  Cuando usted ve 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 autorizaciones previas y/o referidos para cada servicio se enumeran en el Capítulo 4.

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 calificados.
- 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 atención de ellos o si lo visitó en los últimos 3 meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.
- 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 atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción 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.
- 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 atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención 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 atención de proveedores fuera de la red

La opción Punto de servicio (POS) le permite usar médicos y hospitales fuera de la red de proveedores del plan. Puede recibir todos los servicios cubiertos por el plan de proveedores fuera de la red, pero tendrá que pagar un costo compartido más alto que el que paga cuando usa proveedores de la red. Tenga en cuenta que el beneficio de POS cubre los Estados Unidos y sus territorios. Los proveedores que prestan servicios bajo esta opción tienen que tener licencia estatal o certificación estatal.

Este no es el mismo beneficio que visitar médicos y/u hospitales fuera de la red durante una emergencia o una atención de urgencia. O, si necesita atención médica 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 atención. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si

recibiera la atención de un proveedor 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 de ESRD contratados. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre su costo compartido de POS, el límite en la cantidad en dólares y los requisitos de autorización previa. Los servicios de punto de servicio están cubiertos a través del reembolso, según las tarifas de proveedores contratados del Plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado. Los reembolsos están sujetos a que los servicios estén cubiertos, sean médicamente necesarios y cumplan con todas las reglas de beneficios.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o cuidados de urgencia

Sección 3.1 Busque atención 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 atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o 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 atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red. Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: Si tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la salud, la pérdida de una extremidad o para recuperar la función máxima de una extremidad que está en grave peligro. Sus síntomas pueden deberse a una enfermedad, lesión, dolor intenso 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 atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llame a Servicios al Afiliado a los números que aparecen 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 atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y cuándo termina la emergencia médica.

Una vez que termine la emergencia, tiene derecho a recibir atención 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 atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si su atención de emergencia es proporcionada 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 atención.

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

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional, o
- La atención adicional que recibe se considera servicios que se necesitan con urgencia y sigue las reglas a continuación para obtener esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Reciba atención cuando tenga una necesidad urgente de servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio que se necesita con urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de 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 temporalmente.

Los afiliados tienen acceso a un centro de atención de urgencia dentro de su región. Se publica una lista de instalaciones contratadas en el Directorio de P*roveedores y Farmacias actual*, en nuestro sitio web y se distribuye en los consultorios del PCP con números de teléfono y direcciones para información de los afiliados. Actualmente, la red de centros de atención de urgencia se conoce como MMM Centro de Urgencia. Esas instalaciones están disponibles en

toda la isla y ofrecen servicios médicos y servicios complementarios de diagnóstico como: servicios de laboratorio clínico y radiología. Algunas de las instalaciones están abiertas las 24 horas del día, los 7 días de la semana y otras tienen horarios extendidos para su comodidad. Además, algunos MMM Centro de Urgencia "MMM Urgent Care Centers" tienen servicios de vacunación disponibles para nuestros afiliados.

En algunos de nuestros MMM Centro de Urgencia ofrecemos una alternativa innovadora y accesible para el cuidado de heridas y úlceras. Utilizamos las tecnologías más avanzadas, protocolos clínicos validados científicamente y prácticas basadas en la evidencia para lograr una curación más rápida de heridas y úlceras. Contamos con profesionales capacitados con vasta experiencia en el campo del manejo de heridas preparados para ofrecer un servicio adecuado para lograr una buena experiencia para nuestros pacientes. Llame ahora para solicitar una evaluación o pregúntele a su proveedor de cuidado primario cómo puede beneficiarse de este servicio.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias: Si tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la salud, la pérdida de una extremidad o para recuperar la función máxima de una extremidad que está en grave peligro. Sus síntomas pueden deberse a una enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Sección 3.3 Obtenga atención 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 atención de nuestro plan.

Visite www.mmmpr.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria 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 despachar 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, debe pagar el costo total

MMM Plenitud 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 un límite de cantidad o monto máximo en dólares, el costo de esos beneficios, una vez que se alcanza el límite, no contará para su desembolso máximo.

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 atención médica, 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 atención (atención que no está relacionada 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 calificado, 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 de la nueva atención.

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 calificado 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 atención médica directa. 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/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución de atención médica religiosa no médica

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención médica no médica

Una institución religiosa de atención médica 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 atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un afiliado, cubriremos la atención en una institución de atención médica religiosa no médica. Este beneficio se proporciona solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención médica no médica).

Sección 6.2 Cómo obtener atención de una institución de atención médica religiosa no médica

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

- **La atención o el tratamiento médico no exceptuado** es cualquier atención 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, la atención que recibe de una institución religiosa de atención médica no médica tiene que cumplir con las siguientes condiciones:

- La facilidad que brinda la atención 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 o atención en un centro de enfermería especializada.
  - – *y* – tiene que obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su estadía no estará cubierta.

La cubierta de beneficios hospitalarios para pacientes hospitalizados de Medicare para este plan es ilimitada. Para obtener más información, consulte cuidado hospitalario de Medicare en la Tabla de beneficios 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, colchones con sistemas motorizados, muletas, suministros para diabéticos, generadores de voz, 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 es dueño de 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** MMM Plenitud**, 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 se convirtió en dueño del 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, suministros y mantenimiento de oxígeno

Si califica para la cubierta de equipos de oxígeno de Medicare, MMM Plenitud cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si abandona MMM Plenitud o ya no necesita equipo de oxígeno médicamente, entonces el equipo de oxígeno tiene que ser devuelto.

¿Qué sucede si abandona 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, y 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 costos 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 MMM Plenitud. 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

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).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coaseguros. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor.

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

Los planes Medicare Advantage tienen límites en la cantidad total que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red y fuera de la red cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina costo máximo de bolsillo (MOOP) para servicios médicos. **Para el año calendario 2027, la cantidad del MOOP es $3,250.**

Las cantidades que paga por copagos y coaseguros por servicios cubiertos dentro de la red y fuera de la red cuentan para esta cantidad máxima de bolsillo. Las cantidades que paga por las primas del plan no cuentan para su cantidad máxima de bolsillo. Si alcanza la cantidad máximo de bolsillo de $3,250, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año por

los servicios cubiertos dentro de la red. 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 MMM Plenitud, 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 visite:
    - 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, emergencias o servicios que se necesitan con urgencia 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).

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 cubre MMM Plenitud y lo que paga de su bolsillo por cada servicio (la cubierta de medicamentos de la Parte

D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen:

- Sus servicios cubiertos por Medicare tienen que proporcionarse de acuerdo con las guías de cubierta de Medicare.
- Sus servicios (cuidado médico, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos de la Parte B) *tienen que* 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 atención coordinada de MA tiene que proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede 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 atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea 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 atención.
- 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:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, pagas *menos.* (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.

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, Fibromialgia, 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 tiene que padecer de una de las condiciones antes mencionadas, también tiene que tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud; y tiene que requerir coordinación de cuidados intensivos. Corroboraremos su condición y validaremos su elegibilidad. Recuerde que usted tiene que 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 afiliados con enfermedades crónicas* 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 pagas
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, por sus siglas en inglés), enfermera practicante (NP, por sus siglas en inglés) o especialista en enfermería clínica (CNS, por sus siglas en inglés). • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	No hay coaseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para esta evaluación preventiva. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro

Servicio cubierto	Lo que pagas
	para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
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. Los asistentes médicos (PA), las enfermeras practicantes (NP) / especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal auxiliar	Acupuntura para dolor crónico de espalda baja cubierto por Medicare **$10** de copago **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores

Servicio cubierto	Lo que pagas
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 debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP / CNS requerido por nuestras regulaciones. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.** **Acupuntura – Suplementario** Eres elegible para: • Hasta diez **(10)** visitas suplementarias para servicios de acupuntura por año. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado. Servicios suplementarios de acupuntura **$10** de copago
Terapias alternativas: Suplementario Eres elegible para: • Hasta doce **(12)** visitas al año para servicios de naturópata.	Terapias alternativas suplementario **$0** de copago
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.	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. **Fuera de la red**

Servicio cubierto	Lo que pagas
• **Reglas de autorización pueden aplicar, excepto para la atención de emergencia.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	(Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
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 estar cubierto por 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. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.**

Servicio cubierto	Lo que pagas
• **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	**20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Medición de masa ósea Para las personas calificadas (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. • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	No hay coaseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta

Servicio cubierto	Lo que pagas
	$10,000 de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de referencia entre las edades de 35 y 39 • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	No hay coaseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores

Servicio cubierto	Lo que pagas
	contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
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 tienen 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 • 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 un referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare **$5** de copago Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare **$5** de copago **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores

Servicio cubierto	Lo que pagas
	contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
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. • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual de enfermedades cardiovasculares. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma

Servicio cubierto	Lo que pagas
	tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares 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). • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	No hay coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.

Servicio cubierto	Lo que pagas
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 • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	No hay coaseguro, copago ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación **Servicios quiroprácticos - Suplementarios**	Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare **$0** de copago por visita

Servicio cubierto	Lo que pagas
También es elegible para: • Hasta ocho **(8)** visitas para servicios quiroprácticos de rutina, con un límite máximo del plan de hasta **$1,000** por año. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Servicios quiroprácticos suplementarios **$0** de copago por visita **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Detección de cáncer colorrectal 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	No hay coaseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico

Servicio cubierto	Lo que pagas
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 están en 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. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de 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.	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. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.

Servicio cubierto	Lo que pagas
• **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare 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 primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que involucra la mandíbula o exámenes orales antes del trasplante de órganos. Además, cubrimos: **Servicios dentales cubiertos por Medicare** Servicios cubiertos por Medicare, como ciertos servicios dentales que recibe cuando está en un hospital si necesita someterse a procedimientos dentales de emergencia o complicados. **Servicios Dentales Preventivos y Diagnósticos - Suplementario** • Evaluación oral inicial (examen inicial, completo y comprensivo, cuando el proveedor evalúa al paciente por primera vez o después de un período de más de tres (3) años): hasta dos (2) evaluaciones orales iniciales por año si son realizadas por diferentes proveedores y diferentes consultorios dentales; una (1) evaluación oral para especialista, cada doce (12) meses, una (1) evaluación oral periódica (examen que se realiza como medida preventiva) cubierta cada seis (6) meses, y hasta dos (2) evaluaciones orales de emergencia por año, una (1) evaluación oral limitada (examen centrado en un problema específico informado por el paciente) cubierta cada doce (12) meses / por especialista (solo para cirujanos orales y maxilofaciales y endodoncistas), y una (1) evaluación periodontal realizada por un especialista en periodoncia – Una (1) cada doce (12) meses.	Servicios dentales cubiertos por Medicare **0%** de coaseguro Servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios: **$0** de copago para una visita al consultorio que puede incluir una combinación de los siguientes servicios cubiertos: • Exámenes orales • Profilaxis (limpieza) • Tratamiento con fluoruro • Radiografías dentales Servicios de diagnóstico **0%** de coaseguro Servicios dentales comprensivos suplementarios: Servicios de restauración **0%** de coaseguro Endodoncia **0%** de coaseguro Periodoncia **0%** de coaseguro Extracciones **0%** de coaseguro Cirugía oral y maxilofacial **0%** de coaseguro

Servicio cubierto	Lo que pagas
Otras evaluaciones orales dentales no están cubiertas. • Radiografías - Cubrimos hasta seis (6) periapicales (individuales) o una (1) combinación de dos (2) radiografías de aleta de mordida y cuatro (4) periapicales cada doce (12) meses. Hasta un (1) juego completo de radiografías "boca completa" cada treinta y seis (36) meses o una (1) radiografía panorámica cada treinta y seis (36) meses. Uno limita al otro. Ambas limitadas por la tomografía computarizada (TC) dental de haz cónico por un periodo de un (1) año. Se necesitan 12 meses para que se cubra cualquier otra radiografía individual o radiografía de aletas de mordida. Tomografía computarizada (TC) dental de haz cónico de ambas mandíbulas cubierta una (1) vez en un periodo de seis (6) meses. • Profilaxis- Adulto o niño (Limpieza)- Una (1) visita cada seis (6) meses para adultos y niños (menores de catorce (14) años) cada seis (6) meses y estará limitada por un mantenimiento periodontal o viceversa. • La profilaxis dental no está cubierta para pacientes edéntulos. Los servicios de profilaxis estarán cubiertos cuando el paciente haya completado un tratamiento de dentadura postiza completa soportada por implantes. Se debe incluir una narrativa en estos casos. • Prueba de vitalidad: una (1) cada seis (6) meses por cuadrante • Fluoruro: hasta una (1) visita para tratamiento con fluoruro cada seis (6) meses para niños menores de diecinueve (19) años. Se requerirá un informe para justificar este procedimiento en adultos. • Visitas domiciliarias para servicios para aquellos afiliados que requieren atención dental inmediata y que no pueden visitar el consultorio de un dentista porque están confinados en su hogar, en un hospicio o en un centro de cuidado prolongado. Los servicios mencionados anteriormente no contarán para la cantidad máximo de su plan. Los servicios dentales preventivos y de diagnóstico no mencionados anteriormente no están cubiertos por el plan.	Servicios paliativos **0%** de coaseguro Servicios de prostodoncia **0%** de coaseguro Servicios generales auxiliares **0%** de coaseguro Servicios disponibles en las MMM Multiclínicas **$0** de copago. Cubierto hasta la cantidad máximo del plan establecido para el año. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) Servicios dentales preventivos y suplementarios, servicios dentales cubiertos por Medicare y servicios dentales comprensivos suplementarios: **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta

Servicio cubierto	Lo que pagas
<u>Servicios dentales comprensivos: suplementarios:</u> Este plan tiene un límite máximo de hasta **$2,000** por año para los siguientes servicios dentales comprensivos suplementarios: • Servicios de restauración • Servicios de endodoncia • Servicios de periodoncia • Servicios de Cirugía Oral y Maxilofacial • Servicios paliativos • Servicios de Prostodoncia • Servicios generales suplementarios (La cantidad del límite máximo del plan no se aplica a los servicios de diagnóstico, preventivos o cubiertos por Medicare). El afiliado será responsable de cualquier costo que exceda la cantidad máxima del plan establecido por año. El afiliado y el proveedor tienen que conocer su balance disponible antes de solicitar cualquier servicio. Los afiliados pueden verificar su balance comunicándose con el Departamento de Servicios al Afiliado o accediendo a la Aplicación Móvil MMM. Consulte los detalles sobre los límites y exclusiones aplicables a continuación: **Servicios restaurativos:** • Restauraciones en amalgama, resina o su reemplazo, cubiertas por diente, en la misma superficie cada dos (2) años. Si se necesita rehacer la restauración original, una justificación tiene que hacerse por escrito en el expediente del paciente. La misma limitación aplica si la restauración la hace otro dentista. En un período de dos (2) años, solamente habrá una (1) restauración o re-fabricación justificada. Si el mismo dentista/oficina necesita rehacer una restauración previa y añadir superficies adicionales en un periodo de tres (3) meses, se procesará con la codificación correcta que agrupa todas las superficies realizadas en el periodo de tiempo. Las áreas previamente restauradas serán responsabilidad del afiliado. • Restauración protectora bajo sedación – Para dientes con caries profundas para aliviar el dolor y promover la curación. Limitado cada dos (2) años. Deben haber transcurrido por lo menos cuatro (4) semanas antes de colocar la restauración final.	**$10,000** para servicios fuera de la red Los servicios POS están cubiertos mediante reembolso, según las tarifas de los proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.

Servicio cubierto	Lo que pagas

• Poste y núcleo, adicional a las coronas– Cubierto uno (1) 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 con metal noble
  o Corona: porcelana fundida con metal de alta nobleza
  o Corona- Porcelana/cerámica
Las coronas provisionales están cubiertas una (1) por diente cada cinco (5) años.
 	
Las carillas dentales 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 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 endodoncia:
Un (1) tratamiento por diente por vida por cada servicio.
• *Root canal* (tratamiento de canal) – Un tratamiento de canal es un procedimiento que es necesario cuando la pulpa dentro del diente está infectada o inflamada.	

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Terapias endodónticas (excluye restauración final). • Recubrimiento de pulpa directo / indirecto. • Pulpotomía (excluye restauración final). • Desbridamiento pulpar – consiste en la eliminación de todos los materiales de obturación del canal radicular y la colocación de una pasta antibacteriana llamada hidróxido de calcio. (Cubierto en dientes permanentes solo cuando lo realiza un proveedor diferente (especialista) y un consultorio dental diferente) Los rayos X se incluyen como parte del tratamiento y pago de la terapia del canal radicular. (Se requiere una radiografía periapical previo al tratamiento para poder establecer la estructura total del diente, incluyendo la parte apical del mismo. Además, se necesitan radiografías periapicales en el transcurso del tratamiento y una radiografía adicional donde se visualice el sellado final de todos los canales). Todo retratamiento requiere una preautorización y debe ir acompañado de un informe detallado de los hallazgos clínicos y posibles causas para rehacerlo, con la radiografía periapical preoperatoria. No se reconocerá como pago el retratamiento endodontal cuando se realice con fines preventivos en dientes asintomáticos, que no presenten patología clínica y radiográficamente evidente. 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 de endodoncia no mencionados no están cubiertos por el plan. **Servicios de periodoncia:** • Limpieza periodontal – Una (1) cada seis (6) meses y se cubrirá siempre y cuando el paciente tenga historial previo de tratamiento periodontal. Si no han pasado seis (6) meses, está limitada a una (1) limpieza regular y viceversa. • Desbridamiento completo – Uno (1) cada doce (12) meses desde la última limpieza oral (profilaxis).	

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Pulido y Raspado de Raíces Periodontales, Raspado Subgingival / Curetaje – Uno (1) por cuadrante cada veinticuatro (24) meses. • Gingivectomía o gingivoplastía – están indicados para casos de hiperplasia gingival con pérdida ósea mínima o nula. Cubierto uno (1) por cuadrante cada veinticuatro (24) meses. • Cirugía ósea – procedimiento periodontal resectivo que implica la modificación del tejido óseo del soporte dental, que es una modalidad de tratamiento periodontal quirúrgico que se puede utilizar para eliminar eficazmente defectos óseos periodontales para estabilizar la inserción periodontal. Cubierta una (1) por cuadrante cada treintiseis (36) meses, siempre y cuando sea realizada por un especialista. Los servicios de periodoncia tienen que tener un informe que evidencie la necesidad clínica (*by report*) y radiografías pre- operatorias y registro (*charting*) periodontal clínico. El injerto óseo/la membrana no están cubiertos. 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 de periodoncia no mencionados no están cubiertos por el plan. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** **Servicios de cirugía oral y maxilofacial:** Las extracciones incluyen anestesia local, suturas (si es necesario) y cuidados posoperatorios de rutina. La tarifa de todas las cirugías bucales y maxilofaciales incluye el cuidado posoperatorio de rutina. • Extracción de diente saliente o raíz expuesta. • 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.	

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Remoción de diente impactado – totalmente en hueso solo si la hace un especialista en cirugía oral o un especialista maxilofacial. • Incisión y drenaje de absceso en tejido blando – intraoral o tejido extraoral – Uno (1) por cuadrante por año. • Incisión complicada y drenaje de abscesos – uno (1) por cuadrante por año. • Remoción de torus palatino- Uno (1) por arco de por vida. • Remoción torus mandibular y Remoción de exostosis – Uno (1) por arco de por vida. • Frenectomía – una (1) por arco de por vida. 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. La alveoloplastia es un servicio no cubierto. Los servicios que no se mencionan anteriormente no están cubiertos por el plan. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** **Servicios paliativos:** • Los servicios paliativos deben tener un informe que evidencie la necesidad clínica (*by report*). 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. **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	

Servicio cubierto	Lo que pagas

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, 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. Ajuste, rebase, reparaciones, reajuste o reemplazo de retenedores para dentadura parcial en base flexible (Valplast®), no están cubiertos. 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.
  ○ Póntico – Porcelana fundida en metal noble.
  ○ 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.	

Servicio cubierto	Lo que pagas
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. Implantes: un (1) implante cubierto al año. • Colocación quirúrgica del cuerpo del implante, implante endóseo y cirugía de implante de segunda etapa, cubierto uno (1) por diente de 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 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 cubren mini implantes como parte de las cubiertas de implantes. Los servicios y materiales que no se mencionan anteriormente no están cubiertos por el plan.	

Servicio cubierto	Lo que pagas
• **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. 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. • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	No hay coaseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico**

Servicio cubierto	Lo que pagas
	20% de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
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. • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	No hay coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.**

Servicio cubierto	Lo que pagas
	20% de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios para diabéticos y suministros Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios de insulina y no insulina), los servicios cubiertos incluyen: • Suministros 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 calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluyendo 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 removibles no personalizadas provistas con dichos zapatos) incluyendo el ajuste. • El adiestramiento para el autocontrol de la diabetes bajo ciertas condiciones.	Capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare **$0** de copago Suministros para el control de la diabetes y zapatos y/o plantillas terapéuticas **0%** de coaseguro **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.**

Servicio cubierto	Lo que pagas
• **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	**20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, vaya al Capítulo 12 y al Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, colchones con sistemas motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital ordenadas por su médico para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de voz, equipo 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.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	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

Servicio cubierto	Lo que pagas
	oxígeno de Medicare es **0%** de coaseguro, cada mes. Su costo compartido no cambiará después de estar afiliado durante 36 meses. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Cuidado de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son:	Servicios de emergencia cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Proporcionado por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia • Necesario para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con conocimientos promedio de medicina y salud, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de 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 atención de emergencia/urgencia en todo el mundo como un beneficio suplementario, con un límite máximo del plan de **$500**.	**$75** de copago para la visita a la sala de emergencias De ser admitido al hospital dentro de un (1) día por la misma condición, paga $0 por la visita a la sala de emergencia. <u>Servicios de emergencia mundial suplementarios</u> **$100** de copago para la visita a la sala de emergencias. Si es admitido al hospital, no tendrá que pagar el copago. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se estabilice su condición de emergencia, tiene que trasladarse a un hospital de la red para que su atención continúe estando cubierta *O* tiene que recibir su atención hospitalaria en el hospital fuera de la red autorizado por nuestro plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Beneficio de Acondicionamiento físico: Suplementario Eres elegible para:	<u>Beneficio de acondicionamiento físico suplementario</u>

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Hasta **$40** cada tres **(3)** meses para ser utilizado en la compra de los siguientes artículos cubiertos por el catálogo OTC: o Pedales de ejercicio físico o Correas elásticas Este es un beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio físico solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.	**$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 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 impresos de educación para la salud • Adiestramiento nutricional	Programas de educación sobre salud y bienestar **$0** de copago
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. **Servicios de audición - Suplementarios** También es elegible para: • Un **(1)** examen rutinario de audición suplementario por año; • Hasta **$1,250** 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 Servicios auditivos suplementarios **$0** de copago Beneficio suplementario de audífonos **$0** de copago Servicio de evaluación de adaptación de audífonos suplementario **$0** de copago

Servicio cubierto	Lo que pagas
• **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Servicios disponibles en las MMM Multiclínicas **$0** de copago **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
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: • Un examen de detección cada 12 meses.	No hay coaseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para la prueba preventiva del VIH cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 exámenes de detección durante un embarazo. • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	**Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.

Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño: Suplementario
Eres elegible para:
• Hasta **$40** cada tres **(3)** meses para usar en la compra de los siguientes artículos a través del catálogo de OTC:
  o Alfombra de baño médica
  o Asiento de inodoro elevado
  o Cabezal de ducha de mano
  o Alcanzador
	Dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño
	$0 de copago

Servicio cubierto	Lo que pagas
o Luz de noche Este es un beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio físico solamente). Pueden aplicar límites de cantidad de artículos en cada categoría.	
Servicios de salud en el hogar 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. 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 atención médica en el hogar, sus servicios combinados de enfermería especializada y asistente de salud en el hogar tiene 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 suministros médicos • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Servicios de salud en el hogar por agencias de cuidado de salud **$0** de copago **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma

Servicio cubierto	Lo que pagas
	tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.

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 suministros (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
• Capacitación y educación del paciente que no están cubiertas 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 el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar
  • **Reglas de autorización pueden aplicar.**
  • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**
	Terapia de infusión en el hogar
	20% de coaseguro
	
	Fuera de la red
	(Opción de punto de servicio)
	Puerto Rico
	20% de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red.
	
	EE. UU.
	20% de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red.
	
	Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red.
	Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Cuidado 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 atención 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 terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor 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).	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de cuidados de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por MMM Plenitud. Las consultas de hospicio forman parte del Cuidado Hospitalario. Costo compartido de servicios médicos para consultas ambulatorias pueden aplicar.

Servicio cubierto	Lo que pagas
• 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 MMM Plenitud pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare:** MMM Plenitud 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 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	No hay coaseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico**

Servicio cubierto	Lo que pagas
• 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. • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	**20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
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 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. El plan cubre un número ilimitado de días para una estadía hospitalaria como paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios regulares de enfermería	Servicios recibidos en un hospital de la red Su costo compartido aplica el día de la admisión. Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad. Nivel 1: Red Preferida **$0** de copago por estadía, incluyendo UNIDAD DORADA

Servicio cubierto	Lo que pagas
• 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 • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de equipos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y recuperación • Terapia física, ocupacional y del habla • 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 trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de cuidado para trasplantes en su comunidad, puede optar por ir localmente siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si MMM Plenitud brinda servicios de trasplante en una localidad fuera del patrón de cuidado para trasplantes en su comunidad y usted elige hacerse el trasplante en esta localidad distante, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de transportación y alojamiento adecuado 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 calendario 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	Nivel 2: Red General **$50** de copago por admisión o estadía Usted no paga nada por día desde el día 91 en adelante. Si recibe atención hospitalaria autorizada 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. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores

Servicio cubierto	Lo que pagas
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 de Medicare* 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.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. • El plan cubre hasta 190 días de por vida para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. • El límite de atención hospitalaria psiquiátrica 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.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Servicios recibidos en un hospital de la red Su costo compartido se aplica el día de la admisión. **$50** de copago por admisión o estadía **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro

Servicio cubierto	Lo que pagas
	para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
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 • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Tratamiento de Rayos X, radio isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y aparatos ortopédicos (que no sean dentales) que sustituyan la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funcione mal, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos	Servicios médicos Consulte la sección "Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico" en esta tabla. Servicios de diagnóstico y radiología, vendajes quirúrgicos y férulas Consulte la sección "Pruebas ambulatorias de diagnóstico y artículos y servicios terapéuticos" en esta tabla. Equipo médico duradero y suministros relacionados Consulte la sección "Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados" en esta tabla. Prostéticos, dispositivos ortopédicos y suministros médicos/terapéuticos para pacientes ambulatorios

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros (*trusses*) y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente • Terapía física, terapia del habla y terapia ocupacional • **Reglas de autorización aplican excepto en caso de emergencia.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Consulte la sección "Dispositivos prostéticos y ortopédicos y suplidos relacionados" en esta tabla. <u>Servicios de terapia física, terapia del habla y ocupacional</u> Consulte la sección "Servicios ambulatorios de rehabilitación" en esta tabla. **<u>Fuera de la red</u>** (Opción de punto de servicio) **<u>Puerto Rico</u>** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **<u>EE. UU.</u>** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el

Servicio cubierto	Lo que pagas
	proveedor y pagada por el afiliado.
Terapia médica de nutrición Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero que no están en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordene su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica 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 la orden de un médico. Un médico tiene que recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario para el próximo año calendario. • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	No hay coaseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Programa Medicare para la prevención de la diabetes (MDPP, por sus siglas en inglés) **Los servicios del Programa Medicare para la Prevención de la Diabetes (MDPP, por sus siglas en inglés) 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 y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio del Programa Medicare para la Prevención de la Diabetes (MDPP, por sus siglas en inglés). **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.

Servicio cubierto	Lo que pagas
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 del hospital o del 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) que se administra 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 mediante inyección usted mismo si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores para transplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órganos. Tiene que tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y tiene que 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	Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare **20%** de coaseguro Otros medicamentos de la Parte B de Medicare **20%** de coaseguro Es posible que vea un coaseguro inferior al **20%** en ciertos medicamentos de quimioterapia y de la Parte B con precios que han aumentado más rápido que la tasa de inflación. Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare **$35** de copago El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de coaseguro de $35 por el suministro de insulina para un mes. No se aplican deducibles por categoría de servicio o nivel de plan. Usted paga **$0** de copago por inmunosupresores genéricos si tuvo un trasplante cubierto por Medicare. Usted paga **$7** de copago por inmunosupresores de marca si tuvo un trasplante cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que pagas
• 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 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 immunitarias 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	La terapia escalonada puede aplicarse de la Parte B a la Parte B y de la Parte D a la Parte B. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.

Servicio cubierto	Lo que pagas
También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. El capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos con recetade 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.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	
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 centro de cuidado primario, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico primario o profesional para obtener más información. • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	No hay coaseguro, copago ni deducible para la detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro

Servicio cubierto	Lo que pagas
	para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Servicios del Programa para el 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 Programa de Tratamiento de Opioides (OTP, por sus siglas en inglés) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) para tratamiento asistido por medicamentos • 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 • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Programa de Servicios para el Tratamiento de Opioides **10%** de coaseguro **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las

Servicio cubierto	Lo que pagas
	tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Pruebas ambulatorias de diagnóstico y artículos y servicios terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías • Tratamiento de radiación (de los radio e isótopos), incluidos materiales técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cubierta de sangre completa y el concentrado de glóbulos rojos 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 calendario 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 • Pruebas de diagnóstico no relacionadas con el laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones (PETSCAN) cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordene para tratar un problema médico. • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Procedimientos y pruebas diagnósticas cubiertas por Medicare **0%** de coaseguro Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare: Servicios de laboratorio patológico quirúrgico **10%** de coaseguro Servicios de estudios citogenéticos **20%** de coaseguro Otros servicios de laboratorios **0%** de coaseguro 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:

Servicio cubierto	Lo que pagas
	CT Scans **$30** de copago MRI, PET y radiología de intervención, medicina nuclear y otros procedimientos especializados **$40** de copago Servicios disponibles en las MMM Multiclínicas **$0** de copago Servicios de sangre cubiertos por Medicare **$0** de copago Suministros médicos cubiertos por Medicare **5%** de coaseguro **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del

Servicio cubierto	Lo que pagas
	reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
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 hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, tiene 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. 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* 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.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Observación para Pacientes Ambulatorios en el Hospital cubierto por Medicare Sus costos por servicios de observación pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad. Nivel 1: Red Preferida **$0** de copago por servicios de observación Nivel 2: Red General **$50** de copago por servicios de observación **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red.

Servicio cubierto	Lo que pagas
	Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
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 clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital • Atención 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 • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse a sí mismo **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	Servicios cubiertos por Medicare en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios **$25** de copago por visita Servicios de emergencia Favor hacer referencia a la sección "Cuidado de Emergencia" en esta tabla. Cirugía ambulatoria Favor hacer referencia a 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,

Servicio cubierto	Lo que pagas
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.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	servicios de radiología y suplidos médicos Favor hacer referencia a la sección "Pruebas ambulatorias de diagnóstico y artículos y servicios terapéuticos" en esta tabla. Cuidado de salud mental y hospitalización parcial Favor hacer referencia a las secciones "Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios" y "Servicios de hospitalización parcial" en esta tabla. Cuidado para la dependencia química Favor hacer referencia a la sección "Servicios ambulatorios para trastornos por uso de sustancias" en esta tabla. Medicamentos que no puede auto-administrarse Favor hacer referencia a la sección "Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare" en esta tabla. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red.

Servicio cubierto	Lo que pagas
	EE. UU. **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios 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 atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare: Visita al psiquiatra **$0** de copago por cada sesión de terapia individual **$0** de copago por cada sesión de terapia grupal Visita a otros especialistas **$5** de copago por cada sesión de terapia individual **$5** de copago por cada sesión de terapia grupal

Servicio cubierto	Lo que pagas
	Servicios disponibles en las MMM Multiclínicas **$0** de copago **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
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	Terapia ocupacional cubierta por Medicare **$4** de copago

Servicio cubierto	Lo que pagas
para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de Rehabilitación Integral para pacientes ambulatorios (CORF). • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Terapia física y/o del habla y lenguaje cubierta por Medicare **$4** de copago **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Servicios ambulatorios para trastornos por uso de sustancias El plan cubre visitas individuales y grupales de tratamiento de trastornos de sustancias. • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Servicios ambulatorios de trastornos por sustancias cubiertos por Medicare **$0** de copago por cada visita de terapia individual

Servicio cubierto	Lo que pagas
	$0 de copago por cada visita de terapia grupal **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Cirugías ambulatorias, incluyendo los servicios provistos en instalaciones ambulatorias en un 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	Servicios en Centro de Cirugía Ambulatoria cubiertos por Medicare **$0** de copago

Servicio cubierto	Lo que pagas
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.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Servicios en instalaciones ambulatorias cubiertos por Medicare **$25** de copago por visita Servicios de observación cubiertos por Medicare Sus costos por servicios de observación pueden variar dependiendo del nivel de la facilidad. Nivel 1: Red Preferida **$0** de copago por servicios de observación Nivel 2: Red General **$50** de copago por servicios de observación **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las

Servicio cubierto	Lo que pagas
	tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC, por sus siglas en inglés) – Suplementario Eres elegible para: Hasta **$40** cada tres **(3)** meses para ser utilizado en 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 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.	Medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC, por sus siglas en inglés) suplementarios **$0** de copago

Servicio cubierto	Lo que pagas
Este es un beneficio combinado con una única cantidad de beneficio máximo compartido para OTC, Dispositivos y Modificaciones de Seguridad para el Hogar y el Baño y Beneficio de Acondicionamiento Físico (artículos de ejercicio físico solamente). Pueden aplicar 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 el consultorio 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 Centro de Salud Calificado por el Gobierno Federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos **$0** de copago **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el

Servicio cubierto	Lo que pagas
	proveedor y pagada por el afiliado.
Programa de comidas luego del alta: Suplementario • 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 para usted, después de una estadía hospitalaria en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). • **Requiere referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Programa de comidas luego del alta suplementario **$0** de copago para hasta dos **(2)** veces al año. Máximo de veinte **(20)** comidas por año
Servicios médicos, incluyendo las visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • Atención médica o servicios quirúrgicos medicamente necesarios que recibe en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento ambulatorio del 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, incluidos los servicios especializados disponibles en las MMM Multiclínicas 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 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 proveedores de cuidado primario (PCP) **$0** de copago por visita. Servicios especializados **$0** de copago por cada visita a especialistas Servicios de otros profesionales de la salud **$0** de copago por visita. Servicios disponibles en las MMM Multiclínicas **$0** de copago Servicios adicionales de telesalud disponibles en MMM Multiclinics **$0** de copago **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico**

Servicio cubierto	Lo que pagas

• 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
• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos **si**:
• No es un paciente nuevo **y**
  o La consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**
  o El registro no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana
• 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 al consultorio en los últimos 7 días **y**
  o La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana
• 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
• Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, la colocación 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)
 	
• **Reglas de autorización pueden aplicar.**
• **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**
	20% de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red.
	
	EE. UU.
	20% de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red.
	
	Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red.
	Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Servicios Podiátricos Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos) • Cuidado de rutina de los pies para afiliados con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores **Servicios de podiátricos - Suplementarios** También es elegible para: • Hasta seis **(6)** visitas suplementarias para servicios podiátricos por año. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Servicios podiátricos cubiertos por Medicare **$0** de copago por visita. Servicios podiátricos suplementarios **$0** de copago por visita. Servicios disponibles en las MMM Multiclínicas **$0** de copago **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el

Servicio cubierto	Lo que pagas
	proveedor y pagada por el afiliado.
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tienes VIH, pero tu médico u otro profesional de la salud determina que tienes un mayor riesgo de contraer el VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA incluyendo la tarifa por inyectar la droga, si 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. Una prueba única del virus de la hepatitis B. • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
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	No hay coaseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA. Examen Rectal Digital

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	**$0** de copago para un examen rectal digital anual. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Dispositivos prostéticos y ortopédicos y suplidos relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan toda o parcialmente de 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 y	Aparatos prostéticos y ortopédicos cubiertos por Medicare **5%** de coaseguro

Servicio cubierto	Lo que pagas
suministros de colostomía directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos prostéticos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros 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 cirugía de cataratas: vaya a *Cuidado de la visión* más adelante en esta tabla para obtener más detalles. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Suministros médicos cubiertos por Medicare **5%** de coaseguro **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
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.	Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare **$5** de copago

Servicio cubierto	Lo que pagas
• **Requiere un referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	**Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Diagnóstico y consejería para reducir el consumo excesivo de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluyendo 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 primario o profesional calificado en un entorno de cuidado primario.	No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio de diagnóstico y consejería para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico**

Servicio cubierto	Lo que pagas
• **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	**20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Examen de Detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computadorizada de dosis baja (LDCT, por sus siglas en inglés) Para las personas calificadas, un 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 paquetes-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 cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y que es proporcionada por un médico o un no médico calificado practicante.	No hay coaseguro, copago o deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas para la LDCT cubierta por Medicare. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.**

Servicio cubierto	Lo que pagas
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 calificado que no sea médico. Si un médico o un profesional no médico calificado elige realizar una visita de asesoramiento y de toma de decisiones comparadas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la visita tiene que cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas. • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	**20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico primario u otro proveedor de atención médica calificado 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. • Naciste 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. • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	No hay coaseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red.

Servicio cubierto	Lo que pagas
	Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
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 médico 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 médico primario y se llevan a cabo en un entorno de cuidado primario, como el consultorio de un médico. • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	No hay coaseguro, copago ni deducible para la detección de ITS y el asesoramiento para prevenirlas cubierto por Medicare ITS. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red.

Servicio cubierto	Lo que pagas
	Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios para tratar la enfermedad renal incluyen: • Servicios educativos 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 los 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 temporalmente 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 temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si ingresa como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidados especiales) • Capacitación en auto-diálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros de diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados 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 **Medicamentos de la Parte B de Medicare** en esta tabla.	Servicios de educación sobre enfermedades renales **$0** de copago Servicios de diálisis Diálisis Peritoneal **20%** de coaseguro Otros servicios de diálisis **20%** de coaseguro **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro

Servicio cubierto	Lo que pagas
• **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención 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 glóbulos rojos 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 calendario 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. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por SNF	Su costo compartido se aplica el día de la admisión. Atención en un centro de enfermería especializada **$0** de copago por admisión o por estadía **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red.

Servicio cubierto	Lo que pagas

• Pruebas de laboratorio proporcionadas normalmente por SNF
• Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente brindan los SNF
• Uso de aparatos como sillas de ruedas normalmente proporcionados por SNF
• Servicios médicos / profesionales
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 tarifas de nuestro plan.
• Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para donde jubilados 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.**
  • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**
	Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.

Cesación de fumar y de consumo de tabaco (consejería para dejar de fumar o de consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar 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 el asesoramiento • Un médico calificado 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**	No hay coaseguro, copago ni deducible los beneficios preventivos de cesación de fumar y consumo de tabaco cubiertos por Medicare. Servicios suplementarios de consejería para dejar de fumar y de consumir de tabaco **$0** de copago **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico**

Servicio cubierto	Lo que pagas
También es elegible para: • Hasta nueve **(9)** sesiones adicionales de consejería para dejar de fumar o de consumir tabaco. • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	**20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Beneficios suplementarios especiales para afiliados con enfermedades crónicas Los afiliados con las siguientes condiciones crónicas que cumplen con los criterios médicos pueden ser elegibles para beneficios suplementarios especiales para afiliados con enfermedades crónicas. Los beneficios mencionados son beneficios suplementarios especiales para afiliados con enfermedades crónicas (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,*	Beneficios suplementarios especiales para afiliados con enfermedades crónicas **$0** de copago

Servicio cubierto	Lo que pagas
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	

Servicio cubierto	Lo que pagas
funcionamiento, Otros (hipertensión, osteoporosis, dolor de espalda crónico, entre otros).	
MMM Flexi Card - Suplementario Eres elegible para: • Una tarjeta de débito con una cantidad de **$42** mensuales. Podrá utilizar la MMM Flexi Card para los siguientes servicios: - Comida preparada - Alimentos y provisiones - Gasolina - Productos de limpieza - Entretenimiento (conciertos / teatro / películas, etc.) - Utilidades (solo aplica a la residencia principal del afiliado; hogares y centros de envejecientes no cualifican) - Artículos fuera de recetario (OTC) adicionales, incluyendo artículos homeopáticos / medicina natural - Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño - Artículos para el acondicionamiento físico (artículos de ejercicio físico y membresía de gimnasio) - Artículos de apoyo para la memoria y la función cognitiva (tales como, tarjetas para ejercitar la memoria, juegos de mesa, sudoku, y otros artículos que ayuden a ejercitar la memoria del afiliado) - Copagos / Coaseguros - Cuidado de mascotas - Artículos de jardinería / ferretería - 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)	

Servicio cubierto	Lo que pagas

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
 	
Eres elegible para:
 	
● Hasta doce **(12)** eventos individuales al año para los siguientes servicios: (Para ser elegible para los servicios de asistencia en carretera, el vehículo no debe tener más de **15 años, 2012 en adelante**).
  ○ Servicios de asistencia en carretera, que incluyen lo siguiente:
  ▪ Cambio de goma: la goma vacía será reemplazada por la goma de repuesta del vehículo. Se brindarán servicios de remolque en caso de que el vehículo no tenga goma de repuesta.
  ▪ Recarga de batería: el servicio de recarga se proporcionará mediante un cargador de batería en caso de que el vehículo no arranque debido a una batería agotada. Se proporcionarán servicios de remolque en los casos en que el vehículo no arranque después de intentar recargar la batería.
  ▪ Cerrajero: el vehículo se abrirá en caso de que las llaves del vehículo estén encerradas dentro del vehículo o se hayan perdido.
  ▪ Suministro de combustible: se proporcionarán hasta dos **(2)** galones de gasolina regular en caso de que el vehículo no arranque porque se quedó sin gasolina. La gasolina premium o diésel no está cubierta.
  ▪ Servicios de remolque: se brindará servicio de remolque en caso de una falla mecánica o accidente en una vía pública	

Servicio cubierto	Lo que pagas
en Puerto Rico que impida que el vehículo se mueva. ▪ Servicios de extracción: se proporcionará un servicio de extracción en caso de que el vehículo requiera que se cargue un equipo especial en la grúa o se recupere y se devuelva a la carretera transitable. En el caso de una recuperación de vehículos, si el afiliado necesita un remolque después de la extracción, se prestará el servicio como un evento separado. o Servicios de reparaciones menores en el hogar, que incluyen lo siguiente: ▪ Cerrajero: cubierto en caso de que no pueda acceder al interior de su hogar desde el exterior. Cubre la apertura de la cerradura de la puerta residencial principal, la cerradura de la puerta principal o el candado y / o la puerta de entrada si se considera la entrada principal a la residencia. Incluye reemplazo básico de la cerradura de la puerta solo para la cerradura de la puerta principal si se daña o se daña en el proceso de apertura. (Se excluye: reparación, reposicionamiento y/o apertura de cerraduras que no sean la entrada principal y apertura de cerraduras en el interior de la residencia, tales como, closet, puertas de gabinetes, cerraduras en pasillos u otras. No se aplica a las cerraduras de seguridad o de puertas inteligentes). ▪ Plomería: cubierto cuando ocurre un mal funcionamiento dentro del suministro fijo de agua o las instalaciones sanitarias de la residencia. Se enviará un técnico especializado para reparar válvulas o fugas, reemplazar piezas del inodoro y desatascar tuberías, desagües u otra instalación física de la residencia. En caso de requerir una pieza de repuesto, usted será responsable de proporcionarla o de	

Servicio cubierto	Lo que pagas
pagar por separado dicha pieza para que se pueda completar el servicio. (Se excluyen: reparaciones relacionadas con grifos de cocina, tanques de agua, fosas sépticas, calentadores de agua, bombas hidráulicas, radiadores, lavadoras, secadoras, refrigeradores o cualquier otro electrodoméstico que esté conectado al suministro de agua de la residencia; reparaciones de tuberías galvanizadas, válvulas de cierre que no estén expuestas, estén enterradas o empotradas; reparaciones relacionadas con daños causados por humedad, fugas de agua o impermeabilización inadecuada; y cualquier reparación de áreas comunes o comerciales que sean propiedad de Puerto Rico Autoridad de Acueductos y Alcantarillados). ▪ Electricidad: se cubre cuando ocurre un mal funcionamiento de la electricidad que causa una pérdida parcial o total de electricidad en el interior de la residencia. Se enviará un técnico especializado para ayudar en la emergencia para restablecer el suministro eléctrico a la residencia, reparar o reemplazar los accesorios eléctricos cubiertos como enchufes de luz, disyuntores, receptáculos, bombillas, interruptores, entre otros, y/o reemplazar accesorios dañados como luces, lámparas o ventiladores. (Se excluyen: reparaciones relacionadas con electrodomésticos como estufas, hornos, calentadores, lavadoras, secadoras, microondas, generadores de energía, refrigeradores, entre otros; reparaciones de equipos eléctricos como computadoras, televisores, cámaras, etc.; reparaciones por fallas eléctricas en el exterior de la residencia; reparaciones relacionadas con daños por apagones o cortes de energía, fugas de agua o	

Servicio cubierto	Lo que pagas
humedad, problemas estructurales o como consecuencia directa de un evento de fuerza mayor como terremotos, huracanes, etc.; y cualquier reparación a áreas comunes o lugares 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. ▪ Servicios de *Handyman* – un **(1)** evento por año por dos **(2)** horas. • Servicios de control de plagas: una **(1)** visita para servicios simples de control de plagas interiores o exteriores por semestre (dos **(2)** por año) • Servicios de Equipos de Calidad de Aire Interior (servicios de limpieza de aire acondicionado una **(1)** visita por semestre) (dos **(2)** por año) Se aplica una cantidad máxima de **$300** por cada servicio de asistencia en carretera y/o reparaciones menores en el hogar y **$200** por evento para reparaciones de enseres. Esto incluye el costo de los materiales (excepto las reparaciones de enseres y algunos servicios menores de reparación en el hogar relacionados con las piezas de repuesto del equipo que deben ser pagadas por el afiliado), el transporte y la mano de obra. Cualquier cantidad que exceda el límite máximo del plan será cubierto por el afiliado. Pueden aplicarse limitaciones y	

Servicio cubierto	Lo que pagas
restricciones. Para ser elegible para este beneficio, el servicio tiene que coordinarse a través del proveedor contratado por el plan. Comuníquese con Servicios al Afiliado al 1-866-333-5470, las 24 horas del día, los 7 días de la semana para programar una cita de servicio. Para el estado de los beneficios y la orientación, el horario de servicio es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. El horario de atención de los servicios de reparación de electrodomésticos será de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.	
Terapia de ejercicio supervisado (SET, por sus siglas en inglés) SET está cubierto para los afiliados que tienen enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática y un referido para la PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET tiene que: • Consistir en sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprenden un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la PAD en pacientes con claudicación • Realizarse en un entorno hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico. • Ser administrado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la 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 atención médica lo considera médicamente necesario. • **Requiere un referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	Terapia de ejercicios supervisada (SET, por sus siglas en inglés) cubierta por Medicare **$5** de copago **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro

Servicio cubierto	Lo que pagas
	aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Servicios de transportación – Suplementarios Eres elegible para: • Hasta veinte **(20)** 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. • Usted es elegible para 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 suplementarios **$0** de copago
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si se encuentra temporalmente 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 área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.	Servicios de urgencia cubiertos por Medicare **$0** de copago para visita a la sala de urgencias Servicios suplementarios de urgencia-mundial **$100** de copago para visita a la sala de urgencias Si es admitido al hospital, no tendrá que pagar el copago.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Este plan incluye visitas de cuidado de emergencia/urgencia mundial como beneficio suplementario, con una cantidad máxima 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 espejuelos/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 espejuelos 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 espejuelos después de la segunda cirugía. **Cuidado de la visión - Suplementario** También es elegible para: • Un **(1)** examen rutinario de visión suplementario por año • Hasta **$500** por año para ser utilizado en la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto. La cantidad máximo del beneficio se aplica tanto dentro como fuera de la red. • **Reglas de autorización pueden aplicar.** • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	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 Servicios de visión suplementarios: Examen rutinario de la vista **$0** de copago Servicios disponibles en las MMM Multiclínicas **$0** de copago Espejuelos y/o lentes de contacto **$0** de copago **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico**

Servicio cubierto	Lo que pagas
	20% de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.
Consulta 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 y vacunas (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. • **Reglas de autorización aplican para los servicios cubiertos fuera de la red.**	No hay coaseguro, copago ni deducible para la visita de prevención *Bienvenido a Medicare*. **Fuera de la red** (Opción de punto de servicio) **Puerto Rico** **20%** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. **EE. UU.**

Servicio cubierto	Lo que pagas
	20% de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Este plan tiene un límite máximo por año de hasta **$10,000** de coaseguro para servicios cubiertos fuera de la red. Los servicios de POS están cubiertos a través del reembolso, basado en las tarifas de proveedores contratados del plan, menos el coaseguro aplicable. La tarifa a reembolsar por el servicio puede no ser la misma tarifa cobrada por el proveedor y pagada por el afiliado.

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

Esta sección le indica qué servicios están excluidos de la cubierta de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos 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 que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, vaya al Capítulo 9, Sección 5.3).

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 La atención de custodia es la atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse	No cubierto bajo ninguna condición
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos 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)
Tarifas cobradas por el cuidado de sus familiares inmediatos o afiliados de su hogar	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, incluyendo limpieza ligera o preparación simple de alimentos	No cubierto bajo ninguna condición

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Cuidado dental no rutinario	La atención dental requerida para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención hospitalaria o ambulatoria
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 o centro de enfermería especializada, como teléfono o televisor	No cubierto bajo ninguna condición
Habitación privada en un hospital	Cubierto solo cuando sea médicamente necesario
Procedimientos para revertir la esterilización y métodos anticonceptivos no recetados	No cubierto bajo ninguna condición
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	No cubierto bajo ninguna condición
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Medicare Original	No cubierto bajo ninguna condición

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

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cubierta 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.

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 (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 de este capítulo para obtener más información)

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

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se obtienen en las farmacias de la red de nuestro plan. (Vaya a la Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo cubrimos medicamentos con recete 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 que están 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 nuestro sitio web https://www.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 nuestro sitio web en www.mmmpr.com.

Farmacias especializadas

Algunas recetas tienen que 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 atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener 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 atienden al Programa de salud para la población indígena estadounidense urbano o tribal del servicio de salud para la población indígena estadounidense (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- 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 ubicar una farmacia especializada, vaya a su *https://www.mmmpr.com/planes-medicos/proveedores-farmacias del Directorio de Proveedores y Farmacias* 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 **medicamentos MT** en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar ***un suministro* de al menos *90* días del medicamento.**

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus recetas por correo, comuníquese con Servicios al Afiliado a los números que figuran 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 1-800-778-5427 con la información de la receta. Walgreens se comunicará con el médico para obtener una nueva receta al 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 suplido para cancelar o cambiar el servicio.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, 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 despachar 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 repeticiones de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a los números de servicio de correo de Walgreens: inglés: 1-800-489-2197, TTY: 1-800-925-0178, español: 1-800-778-5427.

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan ofrece 2 formas de 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 se toman 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 P*roveedores y Farmacias* https://www.mmmpr.com/planes-medicos/proveedores-farmacias 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 Usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos suplidos 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 surtidas 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 despachar 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 el consultorio de su médico.

Si tiene que usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) en el momento en que surta su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (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.

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 es:

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

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 la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, vaya al Capítulo 9).

Sección 3.2 6 niveles de costos compartidos para medicamentos en la Lista de Medicamentos

Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el costo del medicamento:

- **Nivel 1 de costo compartido - Medicamentos genéricos preferidos (nivel genérico más bajo):** Medicamentos genéricos que están disponibles al costo compartido más bajo para este plan.

- **Nivel 2 de Costo Compartido - Medicamentos Genéricos:** Medicamentos genéricos que MMM ofrece a un costo más alto para usted que el Nivel 1.
- **Nivel 3 de costo compartido - Medicamentos de marca preferidos:** Medicamentos de marca que MMM ofrece a un costo más bajo para usted que el Nivel 4.
- **Nivel 4 de costos compartidos - Medicamentos no preferidos:** Medicamentos de marca y genéricos que MMM ofrece a un costo más alto para usted que el Nivel 2 y el Nivel 3.
- **Nivel 5 de costos compartidos - Medicamentos especializados (nivel más alto):** Algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo. Paga un suministro de $35 por mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel 6 de costo compartido - Medicamentos de Cuidado Selecto (nivel de marca más bajo):** Incluye algunas insulinas y jeringas que MMM ofrece a un costo más bajo para usted que el Nivel 4 y el Nivel 5.

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan. La cantidad que paga por los medicamentos en cada nivel de costos compartidos se muestra en el Capítulo 6.

Sección 3.3 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 el sitio web de nuestro plan https://www.mmmpr.com/planes-medicos/formulario-medicamentos). La Lista de Medicamentos en el sitio web 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" de nuestro plan http://www.afiliadommm.com 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 atención médica, 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 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 el eliminar 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 nuestro sitio web https://mmmpr.com/frontend/web/uploads/documentos/PACriteriaSPAEffective07_6863e4d15a5d8.pdf.

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, 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 nuestro sitio web https://www.mmmpr.com/planes-medicos/programa-manejo-de-terapia.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte 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 y que no está en nuestra Lista de medicamentos, 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.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que cree que debería ser.

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que cree que debería ser, vaya a la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.

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 membresía 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 calendario.
- Este suministro temporero será por un máximo de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos múltiples suplidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. La receta tiene que despacharse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo 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 atención a largo plazo 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 6.4 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 5.1 Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, estas son las cosas que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría 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.

Puedes solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para el medicamento para que pague menos por él. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, vaya al Capítulo 9, Sección 6.4 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.

Los medicamentos en el Nivel Especializado (Nivel 5) no son elegibles para este tipo de excepción. Nosotros no reducimos la cantidad de costo compartido para medicamentos en este nivel.

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**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**
- **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 nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra lista de medicamentos en línea con regularidad. A veces, recibirá un aviso directo si se realizan 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.**
    - Al agregar una nueva versión de un medicamento a 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 estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y 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 nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y en el mismo nivel de costo compartido o más bajo y con las mismas o menos restricciones.
  - Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o 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 realizar el cambio o informarle sobre el cambio y cubriremos un suplido 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 toma 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 suplido adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si hacemos 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 solicitar una decisión de cubierta para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que toma. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma.

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:

- Movemos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- 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 Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, tiene que pagarlos usted mismo (excepto ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cubierta mejorada de 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).

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 no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- 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

Ofrecemos cubierta adicional de algunos medicamentos recetados (cubierta mejorada de medicamentos) que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare:

- Medicamentos cuando se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil. Consulte su lista de medicamentos para obtener más información.

La cantidad que paga por estos medicamentos no cuenta para calificarlo para la etapa de cubierta catastrófica. (La etapa de cubierta catastrófica se describe en el Capítulo 6, Sección 6).

Si **recibe Ayuda Adicional de Medicare** para pagar sus recetas, la Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (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 más información. 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 membresía de nuestro plan (que se puede encontrar en su tarjeta de membresía) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan nuestra parte del costo de su medicamento. Debe pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

Si no tiene la información de membresía 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 inscripción 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 **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. 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 atención a largo plazo (LTC)

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (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 *https://www.mmmpr.com/planes-medicos/proveedores-farmacias del Directorio de Proveedores y 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, tenemos que 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 también tiene cubierta de medicamentos de un empleador o plan grupal para jubilados

Si tiene otra cubierta de medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo.** Pueden ayudarlo a comprender cómo funcionará su cubierta actual de medicamentos con nuestro plan.

En general, si tiene cubierta grupal para empleados o jubilados, la cubierta de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a su cubierta grupal. Eso significa que su cubierta grupal paga primero.

Nota especial sobre la cubierta acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cubierta de medicamentos para el próximo año calendario es acreditable.

Si la cubierta del plan grupal es acreditable, significa que nuestro plan tiene una cubierta de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cubierta de medicamentos estándar de Medicare.

Guarde todos los avisos sobre la cubierta acreditable porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo una cubierta acreditable. Si no recibió un aviso de cubierta acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o plan para jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 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 (p. ej., 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 recete 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 dañarlo 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 con 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 de 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 limitaremos 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 alguna parte de su solicitud sobre 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 atención en un hospicio, cuidados paliativos o al final de la vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de administración de terapia con 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 califica 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 atención médica. 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

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la** *información de esta* **Evidencia de cubierta sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no le aplique a usted.**

Usamos "medicamento" 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 cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cubierta de Medicare por ley.

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 por 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).

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 calcula Medicare sus gastos de bolsillo

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

Estos pagos están incluidos 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 calendario 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 para 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 calendario, pasa de la Etapa de Cubierta Inicial a la Etapa de Cubierta Catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo

Sus costos 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 recetados y vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Pagos que realiza para medicamentos cubiertos por nuestra cubierta adicional pero que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos 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, el *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 MMM Plenitud

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cubierta de medicamentos bajo MMM Plenitud. 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 de deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cubierta inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cubierta catastrófica**

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios (EOB) 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 un *EOB de la Parte D*. El *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información de ese mes**. Este informe proporciona detalles de pago sobre 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 suplido para cada reclamo de medicamento recetado de la misma cantidad.
- **Medicamentos con recetas 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 con receta.** Esto ayuda a asegurarnos de que sepamos sobre los medicamentos recetados que está obteniendo 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, envíenos 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 Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), 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.
- **Consulta el informe escrito que te 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 MMM Plenitud

No hay deducible para MMM Plenitud. Comienza en la etapa de cubierta inicial cuando surte su primer medicamento con receta del 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 (la cantidad de su copago *o* coaseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde obtiene su receta.

Nuestro plan tiene 6 niveles de costos compartidos

Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el número del nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento:

- **Nivel 1 de costo compartido - Medicamentos genéricos preferidos (nivel genérico más bajo):** Medicamentos genéricos que están disponibles al costo compartido más bajo para este plan.
- **Nivel 2 de Costo Compartido - Medicamentos Genéricos:** Medicamentos genéricos que MMM ofrece a un costo más alto para usted que el Nivel 1.
- **Nivel 3 de costo compartido - Medicamentos de marca preferidos:** Medicamentos de marca que MMM ofrece a un costo más bajo para usted que el Nivel 4.
- **Nivel 4 de costos compartidos - Medicamentos no preferidos:** Medicamentos de marca y genéricos que MMM ofrece a un costo más alto para usted que el Nivel 2 y el Nivel 3.
- **Nivel 5 de costos compartidos - Medicamentos especializados (nivel más alto):** Algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo. Paga un suministro de $35 por mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel 6 de costo compartido - Medicamentos de Cuidado Selecto (nivel de marca más bajo):** Incluye algunas insulinas y jeringas que MMM ofrece a un costo más bajo para usted que el Nivel 4 y el Nivel 5.

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

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 con receta obtenido en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5 para conocer cuándo cubriremos un medicamento con receta 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://www.mmmpr.com/planes-medicos/proveedores-farmacias.

Sección 5.2 Sus costos para *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 o un coaseguro.

La cantidad del copago o coaseguro depende del nivel de costos compartidos.

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

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

Nivel	Costos compartidos estándar dentro de la red minorista (hasta un suministro *de 30* días)	Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro *de 31* días)	Costos compartidos fuera de la red (La cubierta está limitada a ciertas situaciones; vaya al Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Medicamentos genéricos preferidos)	**$0** de copago	**$0** de copago	**$0** de copago
Nivel 2 de costos compartidos (Medicamentos genéricos)	**$0** de copago	**$0** de copago	**$0** de copago
Nivel 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	**$5** de copago	**$5** de copago	**$5** de copago
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos no preferidos)	**$7** de copago	**$7** de copago	**$7** de copago

Nivel	Costos compartidos estándar dentro de la red minorista (hasta un suministro *de 30* días)	Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro *de 31* días)	Costos compartidos fuera de la red (La cubierta está limitada a ciertas situaciones; vaya al Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos especializados)	**33%** de coaseguro **$35** de copago por insulina	**33%** de coaseguro **$35** de copago por insulina	**33%** de coaseguro **$35** de copago por insulina
Nivel 6 de costos compartidos (Medicamentos para el cuidado selecto)	**$0** de copago	**$0** de copago	**$0** de copago

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

Vaya a la Sección 8 de este capítulo 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 dispense menos de un mes completo de suministro, si esto le ayuda 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 para suministro *a largo plazo* (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.

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

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

Nivel	Costo compartido estándar al detal (En la red) (hasta un suministro de 90 días)	Costos compartidos de pedidos por correo (hasta un suministro de 90 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Medicamentos genéricos preferidos)	**$0** de copago	**$0** de copago
Nivel 2 de costos compartidos (Medicamentos genéricos)	**$0** de copago	**$0** de copago
Nivel 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	**$10** de copago	**$10** de copago

Nivel	Costo compartido estándar al detal (En la red) (hasta un suministro de 90 días)	Costos compartidos de pedidos por correo (hasta un suministro de 90 días)
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos no preferidos)	**$14** de copago	**$14** de copago
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos especializados)	Un suplido a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	Un suplido a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.
Nivel 6 de costos compartidos (Medicamentos para el cuidado selecto)	**$0** de copago	**$0** de copago

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

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

Ofrecemos cubierta adicional en algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos realizados por estos medicamentos no contarán para sus costos totales de bolsillo.

El *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 gastos de bolsillo de $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 calendario. Una vez que esté en la etapa de cubierta catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D y por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 7 Información adicional sobre beneficios

Ofrecemos cubierta adicional de algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare (a esto lo llamamos cubierta mejorada de medicamentos).

- Este plan cubre algunos medicamentos recetados para la disfunción eréctil: pagas un **$0** de copago por medicamentos genéricos por seis **(6)** pastillas recetadas por mes.

SECCIÓN 8 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 detalles 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 sobre 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 dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3. **Quién te da la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. O un proveedor puede administrarlo en el consultorio del médico.

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 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 el consultorio 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) menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y la lleva al consultorio 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 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 coaseguro por la administración de la vacuna.

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

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que pague más de lo que esperaba según las reglas de cubierta de nuestro plan, o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (le reembolse). Es su derecho que nuestro plan le devuelva el dinero cada vez que haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que tiene que cumplir para que le paguen. Vaya a la Sección 2 de este capítulo.

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, aún tiene derecho a 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 atención médica de emergencia o urgente de un proveedor que no está en la red de nuestro plan**

   Fuera del área de servicio, 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,

   - Solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o urgentes. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
   - Si paga la cantidad total usted mismo en el momento en que recibe la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.

- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
  - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
  - Si ya pagó más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le devolveremos 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 y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y te piden que pagues más de lo que te corresponde.

- 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.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la 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 y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debía según nuestro plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. 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 con receta

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente. Cuando eso sucede, debe pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.4 para conocer 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 membresía del plan con usted

Si no tiene nuestra tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o busque la información de inscripción de nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción 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 reembolsemos nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

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

Puede pagar el costo total de la receta 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 reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por 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 reclamo dentro de los 12 meses** posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

- No es necesario que utilices el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. (Por favor, proporcione el nombre del proveedor, el número de teléfono, el servicio con códigos médicos y la fecha del servicio, el comprobante de pago y la identificación del afiliado).
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (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 pagado 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. Es posible que nuestra parte del costo no sea 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 ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. 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. Le enviaremos una carta

explicando las razones por las que no enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le decimos que no pagaremos la totalidad o parte del cuidado médico o el 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 proveerle información que le sea útil a usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en un idioma que no sea español, en braille, en letra agrandada u otros formatos alternos)

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 personal y servicios gratuitos de intérprete disponibles para responder preguntas de afiliados que no hablen español. También le brindamos nuestra información en inglés, braille, en letra agrandada u otros formatos, libres de costo, de necesitarlos. Se nos requiere brindarle la información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y apropiado para usted. Para obtener la información en un formato que le sea útil a usted, por favor comuníquese con Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (TTY 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, visitar a especialistas en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, por favor llame para hacer una querella con Servicios al Afiliado. Refiérase al Capítulo 2 para la información de contacto. Usted también puede quejarse ante 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 can 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 and 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 (libre de cargos) (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. 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. No requerimos que obtenga referidos para ir a proveedores de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o resurtir sus medicamentos en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica 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 personal que nos proporcionó cuando se inscribió 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 atención o no pague por su atención, *debemos obtener primero su permiso por escrito o de alguien a quien le haya otorgado 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 de la atención.
  - 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 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 poder de nuestro plan y a obtener una copia de sus registros. Podemos cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que hagamos adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica 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 deben llamar 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 Debemos brindarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como afiliado de MMM Plenitud, 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 debe 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 atención

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben 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 atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Para conocer todas tus 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 administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.

- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar con anticipación si alguna atención 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 atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tienes derecho a decir lo que quieres que suceda si te encuentras en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Complete 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.
- **Dé a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo.

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

Cómo configurar una directriz anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de suministros de oficina. A veces puede obtener formularios de instrucciones 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 llamen al 711) para solicitar los formularios.
- **Rellene 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 darle copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

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

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no firmó un formulario de instrucciones 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 la atención o discriminarlo en función de si firmó o no una directiva anticipada.

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 el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de salud, la Oficina del Procurador de Edad Avanzada (SHIP de Puerto Rico) o el Departamento de Salud. Consulte el Capítulo 2 para obtener detalles de contacto.

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 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, 1-800-981-0056 (Región de Mayagüez), 1-800-981-7735 (Región de Ponce).

- **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 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, 1-800-981-0056 (Región de Mayagüez), 1-800-981-7735 (Región de Ponce).
- **Comuníquese con Medicare**
  - Visite Medicare.gov para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: Medicare Rights & Protections)
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como 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 atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba atención médica 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 médico.**

  - Para ayudar a obtener la mejor atención, 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.
- **Sé 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.
- **Paga lo que debes.** Como afiliado del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe continuar pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo afiliado de nuestro plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando reciba el servicio o el medicamento.
  - Si debe pagar una penalidad por afiliación tardía, debe pagar la penalidad para mantener su cubierta de medicamentos.
  - Si debe pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo afiliado de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro del* área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía 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).**

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 2 tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- 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).

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

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y qué 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:

Oficina de las Personas de Edad Avanzada (SHIP, por sus siglas en inglés)

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.

SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema

¿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 4, Una guía para decisiones de cubierta y apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 10, 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 4 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 si el cuidado médico no está cubierto o que ya no está cubierta 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 daremos 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 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para cuidado médico.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6.

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 4.1 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 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 nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en https://www.mmmpr.com/afiliados/nombramiento-de-representante).

  - Para el cuidado médico o los medicamentos de la Parte B, su 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.
  - 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 nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en https://www.mmmpr.com/afiliados/nombramiento-de-representante.) 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 4.2 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 5**: Cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación
- **Sección 6**: Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación

- **Sección 7**: Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le darán de alta demasiado pronto
- **Sección 8**: 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 centros de Rehabilitación Integral para pacientes ambulatorios (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 5 Cuidado médico: cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación

Sección 5.1 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 5.2.**

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 5.2.**

3. Recibió cuidado médico que cree que nuestro plan debería cubrir, pero dijimos que no pagaríamos por este cuidado. **Haga una apelación. Sección 5.3.**

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 5.5.**

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 5.3.**

Nota: Si la cubierta que se suspenderá es para cuidado hospitalario, cuidado médico domiciliario, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios de

Rehabilitación Integral para pacientes ambulatorios (CORF), vaya a las Secciones 7 y 8. Se aplican reglas especiales a estos tipos de cuidado.

Sección 5.2 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, o 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cubierta rápida, debe cumplir con 2 requisitos:

- Solo puede *solicitar* cubierta para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios que ya recibió).
- 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 luego de recibir 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 10 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 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 debemos* tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Vaya a la Sección 10 para obtener información sobre quejas). Te 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 5.3 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 de la atención, 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 5.2.

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.
- **Debe 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 sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Podemos cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

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 de 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), tenemos que 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 5.4 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,** 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, tenemos que 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.
    - 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. (Vaya a la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).
  - 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 5.4 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 si su solicitud es para un artículo o servicio médico, 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,** 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.

Sección 5.4 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.

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 del expediente de su caso**. Podemos cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- 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 debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** 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.

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 debe 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 debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** 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 esta organización 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 debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
  - Le dice cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: 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 ir a una apelación de Nivel 3, 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 9 explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos pide que reembolsemos nuestra parte de una factura que recibió por cuidado médico

El Capítulo 7 describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También nos indica cómo enviarnos la documentación que nos pide el pago.

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 decimos que sí a su solicitud**: si el cuidado médico está cubierto y usted 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 recibir su solicitud. Si no ha pagado el cuidado médico, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **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 5.3. Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta:

- Tenemos que darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario luego de recibir su apelación. Si nos pide que le reembolsemos el cuidado médico que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, tenemos que 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 dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cubierta o presentar una apelación

Sección 6.1 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 debe 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 6.2**
- Solicitar la excepción en la restricción de cubierta de un medicamento de nuestro plan (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener, criterios de preautorización o el requisito de probar otro medicamento primero). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar pagar una cantidad más baja de costo compartido por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cubierta. Sección 6.4**
- Pague por un medicamento recetado que ya compró. **Solicítenos que le devolvamos el dinero. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cubierta que hayamos tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cubierta y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 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 hay 3 ejemplos de excepciones que usted, 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.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos en el Nivel 2 (Genéricos) o el Nivel 5 (Medicamentos especializados). No puede solicitar una excepción a la cantidad de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento cuando acordamos cubrir un medicamento que no está en la 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. Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción para usted, puede solicitar una excepción a la cantidad de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cubierta de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos están en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto menor sea el número del nivel de costo compartido, menos pagará como parte del costo del medicamento.
   - Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
   - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con un costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su condición.
   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su condición.
   - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el Nivel 5 (Medicamento de especialidad).

- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente paga la cantidad más bajo.

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber sobre cómo solicitar excepciones

Su médico debe decirnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que recete debe 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 causará más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no funcionen tan bien para usted o sea probable que causen una reacción adversa u otro daño.

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 6.4 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 solicitud. **Las decisiones rápidas de cubierta** se toman dentro de **las 24 horas** luego de recibir la solicitud.

***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 de cubierta por un medicamento que ya ha comprado).
- 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 recete, 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 luego de recibirla.

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 nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de determinación de cubierta modelo de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web https://www.mmmpr.com/planes-medicos/determinacion-organizacionales. 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 indica 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 registro 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, tenemos que 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 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

- Por lo general, 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 esta fecha límite, tenemos que 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 6.5 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 recibió, 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 los para obtener una decisión de cubierta rápida en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que recete debe 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** o llámenos. 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 (línea gratuita). El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Tenemos que aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de redeterminación modelo de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web https://mmmpr.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. Podemos cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

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, tenemos que 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 6.6 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 recibió

- 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 recibió 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 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, tienes 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, estamos obligados a 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.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también estamos obligados a realizar 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 6.6 Cómo hacer una 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 conectado 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) debe 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 enviamos 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 debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
  - **Debe 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 una **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 la organización de revisión independiente. Esta información se llama **su expediente de caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso**. Podemos cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- 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 sobre 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 acepta darle una apelación rápida, la organización 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 ha comprado, la organización de revisión independiente debe 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 esta organización rechaza **parte o 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**. También se llama **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 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 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 7.1 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 deben llamar al 711) o al 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.** Te 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 atención hospitalaria.
   - 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, por lo que cubramos su atención hospitalaria 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 CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta de su hospital

Para pedirnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por más tiempo, utilice el proceso de apelación 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 Oficina de las Personas de Edad Avanzada (SHIP) para obtener ayuda personalizada. (787-721-6121 o 1-877-725-4300, 1-800-981-0056 (Región de Mayagüez) 1-800-981-7735 (Región de Ponce). 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 que 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. Tiene que 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.

Actúa 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 los costos de la* atención hospitalaria 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, 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 tienes 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 de la** atención hospitalaria 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 7.3 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.

- Tenemos 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 sobre 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 sobre su decisión.

Si la organización de revisión independiente dice que sí:

- **Tenemos que reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria 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 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. Esto se llama mantener la decisión.

- 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 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos 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 estos 3 tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando finalice su cubierta para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de 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 8.1 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. **A usted, o a alguien que actúe en su nombre, se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* muestra que tiene la información sobre cuándo se detendrá su cubierta. **Firmarlo no significa que estás de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender el cuidado.

Sección 8.2 Cómo hacer una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención 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 Oficina de las Personas de Edad Avanzada (SHIP) para obtener ayuda personalizada. (787-721-6121 o 1-877-725-4300, 1-800-981-0056 (Región de Mayagüez) 1-800-981-7735 (Región de Ponce). 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 atención es médicamente apropiada. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en cuidado médico que son pagados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención 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*. Debes actuar rápidamente.

¿Cómo puedes 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.

Actúa 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. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de no cubierta de Medicare*. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado también se pueden encontrar en el Capítulo 2.

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 tienes que preparar nada por escrito, pero puedes hacerlo si quieres.
- 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 informan 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, entonces **tenemos que seguir brindando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). 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 de Rehabilitación Integral para pacientes ambulatorios (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 8.3 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 de Rehabilitación Integral para pacientes ambulatorios (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 sobre 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 de la atención 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 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 9 brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Llevar tu apelación a los niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si 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 Concejo 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 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si 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 la respuesta es no, 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, 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 no, 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 rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, el aviso le dirá si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le dirá a quién contactar y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

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

Sección 10.1 ¿Qué 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 sido tratado de manera descortés o irrespetuosa? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios al Afiliado? • ¿Sientes que te animan a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir citas o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado? ¿O por nuestros Servicios al Afiliado u otro personal de nuestro plan?

Queja	Ejemplo
	○ Ejemplos de esto incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o 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 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se llama **querella**.

Presentar una queja se llama **radicar una querella**.

Usar el proceso para queja se llama **usar el proceso para presentar 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) (los usuarios de TTY llamen al 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 oral, 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 y 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, debemos responder a su queja dentro de las 24 horas.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo 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 10.3 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*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización de Mejoramiento de la Calidad**. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado médico pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención 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 10.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede enviar una queja sobre MMM Plenitud 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 llamen al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10: Poner fin a la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalizar su membresía en nuestro plan

Terminar su membresía en MMM Plenitud 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 membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 le informa sobre situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan tiene que continuar brindándole atención médica y medicamentos recetados, y continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cubierta de salud y medicamentos y decida sobre la cubierta para el próximo año.

- **El período de inscripción abierta** es desde el **15 de octubre hasta el 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 cubiertas:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cubierta de medicamentos,
    - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado, o
    - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

- Si elige esta opción y recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cubierta de medicamentos de Medicare y no tiene cubierta acreditable de medicamentos recetados 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 membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cubierta de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía 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 los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3er mes de derecho.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, puede:
  - Cámbiate a otro plan Medicare Advantage con o sin cubierta de medicamentos.
  - Cancele su inscripción en nuestro plan y obtenga 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 membresía 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 membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período Especial de Inscripción

En ciertas situaciones, los afiliados de MMM Plenitud pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **Período Especial de Inscripción**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período Especial de Inscripción si se aplica alguna de las siguientes situaciones. 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 te mudas
- Si tiene Medicaid
- Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar la cubierta de medicamentos de Medicare
- Si violamos nuestro contrato con usted
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC)

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10 le brinda más información sobre los programas de manejo de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si es elegible para un Período Especial de Inscripción, 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 membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cubierta de salud de Medicare como la cubierta de medicamentos recetados. Puedes elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cubierta de medicamentos,
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado, o
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

Nota: Si cancela su inscripción en la cubierta de medicamentos de Medicare y no tiene cubierta acreditable de medicamentos recetados 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 membresía generalmente finalizará** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.
- **Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de cubierta de sus 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.

Sección 2.4 Obtén más información sobre cuándo puedes cancelar tu membresía

Si tiene preguntas sobre cómo cancelar su membresía, puede:

- **Llame a Servicios al Afiliado al 787-620-2397, 1-866-333-5470 (libre de cargos) (los usuarios de TTY llamen al 711)**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare y Usted 2027***

- Llame 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 membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en MMM Plenitud cuando comience la cubierta de su nuevo plan.
Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en MMM Plenitud 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 inscripción.** 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 inscripción. Los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en MMM Plenitud cuando comience su cubierta en Medicare Original.

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

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cubierta de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores de la red para obtener atención médica.**

- **Continúe usando nuestras farmacias de la red o por correo para despachar sus recetas**.
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, 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 MMM Plenitud tiene que cancelar su membresía del plan en ciertas situaciones

MMM Plenitud tiene que finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- 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 realiza 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 tiene que le proporciona cubierta de medicamentos recetados
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe 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 atención médica 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 membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.
- Si debe pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cubierta de medicamentos.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, 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 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

MMM Plenitud no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le pide que abandone 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 membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos que informarle nuestras razones por escrito para cancelar su membresía. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una querella o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

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

No discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben 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 Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo costo, 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 la atención, llámenos a Servicios al Afiliado 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 debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MMM Healthcare, LLC.:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares apropiados y gratuitos para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

Si cree que MMM Healthcare, LLC., no ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Departamento de Apelaciones y Quejas, PO Box 71114, San Juan PR 00936-8014, 1-866-333-5470 (línea gratuita), 711 TTY (personas con discapacidad auditiva), 787-622-0485 (fax), clientes@mmmhc.com (correo electrónico). Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Servicios al Afiliado está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono al:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Avenida Independencia SW
Sala 509F, Edificio HHH
Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en 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, MMM Plenitud, 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 recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Ajuste Mensual de acuerdo a su Ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés): Si su ingreso bruto ajustado modificado según radicado en su planilla de contribuciones sobre ingresos del Servicio de Rentas Internas de hace 2 años está por encima de cierta cantidad, 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 presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que esté recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Nuestro plan tiene que cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Ayuda adicional: Un programa de Medicare para ayudar a personas de ingresos y recursos limitados a pagar por los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coaseguros.

Ayudante de Salud en el Hogar: Un ayudante de salud en el hogar provee servicios que no necesitan las destrezas de una enfermera o terapista con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse, o realizar ejercicios recetados).

Biosimilar: Un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los 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 (vaya a "**Biosimilares intercambiables**").

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 beneficiario paga de su bolsillo durante el año natural por servicios cubiertos en la red. Las cantidades que paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de bolsillo.

Cargo por Despacho: La tarifa que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se despacha, para pagar el costo de dicho servicio, como el tiempo que le toma al farmacéutico preparar y empacar el medicamento.

Centro Quirúrgico Ambulatorio – Un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera 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 de rehabilitación comprensiva para pacientes ambulatorios (CORF): Una institución que mayormente provee servicios de rehabilitación luego de una enfermedad o lesión, incluyendo terapia física, servicios sociales o sicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, 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 Medicare.

Coaseguro: La cantidad que se le puede requerir pagar, representado como un porcentaje (por ejemplo 20%), como su parte del costo por servicios médicos o medicamentos recetado.

Copago: La cantidad que podría tener que pagar como su parte del costo por un servicio o suplido médico, como una visita médica, una visita ambulatoria a un hospital, o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija (ejemplo $10) en lugar de un porcentaje.

Costo compartido: Costo compartido se refiere a las cantidades que los afiliados tienen que pagar cuando reciben medicamentos o servicios. El costo compartido 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 porcentaje de la cantidad total que un plan requiere que se pague por un servicio o medicamento al momento que se recibe.

Costos de bolsillo: vaya a la definición de costos compartidos anterior. El requisito de costo compartido de un afiliado para pagar una parte de los servicios o medicamentos obtenidos también se conoce como requisito de costo de bolsillo del afiliado.

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 normal 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 de medicamentos recetados de Medicare.

Cubierta de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros 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 o en otra instalación en casos en que no se necesitan conocimientos médicos o de Enfermería Especializada. El cuidado de custodia, 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) proporcionados 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, por sus siglas en inglés): Los servicios de cuidado de Enfermería Especializada y rehabilitación que se proveen de manera continua y diaria en los centros de Enfermería Especializada. Ejemplos de cuidado e incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden administrar un médico o una enfermera graduada.

Deducible: la cantidad que debe pagar por cuidado de salud o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan pague.

Desafiliarse o Desafiliación: Es el proceso de terminar su afiliación en nuestro plan.

Determinación de cubierta: Una decisión sobre si un medicamento que se le ha recetado está cubierto por el plan y la cantidad, si alguna, que debe pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y allí le indican que la misma no está cubierta bajo su plan, esto no se considera una determinación de cubierta. Usted debe llamar o escribirle a su plan para solicitar una decisión formal sobre dicha cubierta. En este documento, las determinaciones de cubierta se llaman **decisiones de cubierta**.

Determinación de Organización: Una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cubierta en este documento.

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 cuidado médico inmediato para evitar pérdida de vida (y, si eres mujer, la pérdida de un hijo sin nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos podrían ser enfermedad, lesión, dolor agudo o una condición médica que empeore rápidamente.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): Cierto equipo médico que es ordenado por su médico 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, equipo de oxígeno, nebulizadores, o camas de hospital, según ordenados por un médico para uso en el hogar.

Estadía hospitalaria: Una estadía hospitalaria 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 (u sus representantes) han gastado $2,400 para medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Etapa de Cubierta Inicial: La etapa después de que paga su deducible (si tiene) y anterior al momento en que usted alcanza el máximo de lo que debe pagar de su bolsillo por sus medicamentos al año.

Evidencia de cubierta (EOC, por sus siglas en inglés) y Divulgación de Información: Este documento, junto con su solicitud de afiliación y cualquier otro anejo, cláusula o cubierta opcional seleccionada, que le explica los servicios cubiertos, nuestras obligaciones, y sus derechos y responsabilidades como afiliado de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de decisión de cubierta que, de aprobarse, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (excepción al formulario), u obtener un medicamento no preferido en un nivel más bajo de costo compartido (excepción en los niveles). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de aprobar el que usted está solicitando, 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 saldos: Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura al paciente más de la cantidad de costo compartido establecida por el plan. Como afiliado de MMM Plenitud, usted solo tiene que pagar las cantidades de costo compartido establecidas por el plan cuando reciba servicios cubiertos por nosotros. No permitimos que los proveedores le **facturen por el saldo** o facturen más de la cantidad de costo compartido que su plan establece que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los afiliados de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra 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 de farmacias fuera de la red no está cubierta por nuestro plan a menos que se den ciertas condiciones.

"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. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados de hospicio en su área. Si decide ingresar a un hospicio y continuar pagando las primas de nuestro plan, usted sigue siendo afiliado de nuestro plan. Usted todavía puede obtener todos los servicios médicos necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Indicación médicamente aceptada: El uso de un medicamento que esté aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) o apoyado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Individuo con doble elegibilidad: una persona que es elegible para la cubierta de Medicare y Medicaid.

Ingreso Seguro Social Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés): 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 SSI no son lo mismo que los beneficios de la Administración de Seguro Social.

Límite de sus gastos: La cantidad máxima que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidad: Una herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de ciertos medicamentos selectos por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites podrían ser por las cantidades de medicamentos que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Lista de Medicamentos Cubiertos (formulario o lista de medicamentos): una lista de medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Medicaid (o Asistencia Médica) – Un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos para algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de cuidado médico están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Médicamente necesario: servicios, suplidos o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento genérico: Un medicamento recetado que ha sido aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) por tener el/los mismo(s) ingrediente(s) activo(s) 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.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

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 fabricados y vendidos por otras farmacéuticas y generalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca ha vencido.

Medicamento selecto: 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 o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Medicare Original (**Medicare tradicional o Medicare 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 pagándole a los médicos, hospitales y otros proveedores del cuidado de la salud las cantidades establecidas por el Congreso. Usted puede elegir cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por ellos y usted paga la suya. Medicare Original tiene 2 partes: la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Medigap (Póliza de seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para llenar *los vacíos* en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Nivel de costos compartidos: todos los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) – Un grupo de médicos facultados 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 voluntario de Medicare para beneficios de medicamentos recetados.

Penalidad por Afiliación Tardía a la Parte D: Cantidad que se le añade a la prima mensual de su cubierta Medicare de medicamentos recetados si se queda sin una cubierta acreditable (cubierta que se espera que pague, en promedio, por lo 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.

Período Abierto de Afiliación de Medicare Advantage: el período de tiempo del 1 de enero al 31 de marzo en el que los afiliados de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cubierta a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Período de Afiliación Anual: el período de tiempo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los afiliados pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Período de Afiliación Especial: Un período definido durante el cual los afiliados pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones en las cuales usted cualificaría para el Período de Afiliación Especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo "Ayuda Adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si infringimos nuestro contrato con usted.

Período de beneficios: 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. El periodo de afiliación termina cuando usted no haya recibido cuidado intrahospitalario (o en un centro de Enfermería Especializada) por 60 días consecutivos. Si lo admiten en un hospital o SNF después de que finaliza un período de beneficio, comienza un nuevo período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio.

Período Inicial de Afiliación: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda cuidado médico más enfocado para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que viven en un hogar de ancianos o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de necesidades especiales de atención crónica (C-SNP): C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes de costos de Medicare, planes de necesidades especiales, programas de demostración/piloto y programas de atención comprensiva para personas mayores (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan de organización de proveedores preferidos (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 miembros por un monto de pago específico. Un plan de 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 miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los 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 llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cubierta de medicamentos recetados). Estos planes se **denominan planes Medicare Advantage con cubierta de medicamentos recetados**.

Preautorización: Aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan preautorización están señalados en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren preautorización están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestra página web.

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. (vaya a "**Producto Biológico Original**" y "**Biosimilar**").

Producto biológico original: Un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como comparación para los fabricantes de una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Programa de descuento para fabricantes: Programa en el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del 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 que se brinda a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de Manejo de Medicamentos. Los servicios de MTM

generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Prostéticos y ortóticos: Aparatos médicos incluyendo, pero no limitando, los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: abrazaderas de brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, incluyendo los suplidos de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de cuidado primario (PCP): 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 de la red: Proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de cuidado médico que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para brindar servicios de cuidado médico. **Los proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores de planes**.

Proveedores o instalaciones fuera de la red: Proveedores o instalaciones que no tienen contrato con nuestro plan para coordinar o proveer servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red del plan no están empleados, no pertenecen, ni son administrados por nuestro plan.

Queja: El nombre formal para presentar una queja es **radicar una querella**. El proceso de quejas se utiliza solamente para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de servicio, los tiempos de espera, y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo del proceso de apelación.

Querella: Un tipo de queja que usted hace sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo quejas sobre la calidad de su cuidado. Esto no involucra disputas sobre pagos o cubierta.

Referido: una orden escrita de su médico primario para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin un referido, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios al Afiliado: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas 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: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como visión, dental o audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen cuidado de rehabilitación para pacientes hospitalizados, terapia física (ambulatoria), terapia del habla y el 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.

Servicios Necesarios de Urgencia: Un servicio cubierto por el plan que requiere cuidado médico inmediato y que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporeramente fuera del área de servicio del plan o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio. 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 del plan o si la red del plan no está disponible temporeramente.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés)– Vea "Ayuda adicional".

Tarifa diaria de costos compartidos: Una tarifa de costo compartido diario se podría aplicar cuando su médico le recete menos del suplido 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 suplido para un mes. Por ejemplo: si el copago de un suplido de un mes por un medicamento es de $30, y un suplido de un mes en su plan es de 30 días, entonces su tarifa de costo compartido diario será de $1.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

MMM Plenitud Servicios al Afiliado

Método	Servicios al Afiliado - Información de contacto
Llamar	787-620-2397 1-866-333-5470 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (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 gratuitas. De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	787-622-0485
Escribir	MMM Healthcare, LLC. Departamento de Servicios al Afiliado PO Box 71114 San Juan, PR 00936-8014 Dirección de correo electrónico: clientes@mmmhc.com
Sitio web	www.mmmpr.com

Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada (SHIP de Puerto Rico)

La Oficina de las Personas de Edad Avanzada (SHIP de Puerto Rico) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
Llamar	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.
Escribir	**Procurador de las Personas de Edad Avanzada** **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** PO Box 191179 San Juan, PR 00919-1179 shippr@oppea.pr.gov
Sitio web	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 0938-1051. 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.*