1 de enero – 31 de diciembre, 2019

Evidencia de Cobertura:

Sus Beneficios y Servicios de Salud bajo Medicare y su Cobertura de Medicamentos Recetados como afiliado de MMM Elite (HMO)

Este folleto le brinda detalles sobre su cuidado de salud y cobertura de medicamentos recetados bajo Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2019. Le explica cómo obtener cobertura para servicios de cuidado de salud y los medicamentos recetados que necesite. **Este folleto es un documento legal importante. Por favor, guárdelo en un lugar seguro.**

El plan, MMM Elite, es ofrecido por MMM of Florida, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se diga "nosotros" o "nuestro", se refiere a MMM of Florida, Inc. Cuando se mencione "plan" o "nuestro plan", se refiere a MMM Elite.)

MMM of Florida, Inc. es un plan HMO con un contrato Medicare. La afiliación en MMM of Florida, Inc. depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible gratis en español y creole.

Por favor llame a nuestro número de Servicios al Afiliado al 1-844-212-9858 (libre de cargos) si necesita información adicional. (Usuarios de TTY, llamen al: 1-833-523-2620). El horario es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

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

Los beneficios y/o copagos/coaseguros podrían cambiar el 1 de enero de 2020.

El formulario, red de proveedores y/o red de farmacia pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

MMMF-PDG-MIS-024-091418-S
H3293_2019 1150 0002 2_C

OMB Approval 0938-1051 (Pending OMB Approval)

Evidencia de Cobertura 2019

Tabla de Contenido

Esta lista de capítulos y números de páginas es su punto de partida. Para asistencia adicional al buscar la información que necesite, vaya a la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Su comienzo como afiliado 5

Esta lista de capítulos y números de páginas es un punto de partida. Para ayuda adicional al buscar la información que necesite, vaya a la primera página de un capítulo. Encontrará una lista detallada de temas al principio de cada Capítulo.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes 24

Le dice cómo comunicarse con nuestro plan, (MMM Elite) y con otras organizaciones, incluyendo Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés), el Seguro Social, Medicaid (el programa de seguro de salud estatal para personas de bajos ingresos), los programas que ayudan a pagar por los medicamentos recetados, y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Utilizando la cobertura del plan para sus servicios médicos 45

Le explica cosas importantes que debe saber sobre cómo obtener cuidado médico como afiliado de nuestro plan. Los temas incluyen cómo utilizar la red de proveedores del plan y cómo obtener cuidado de salud en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 62

Le ofrece detalles sobre qué tipos de servicios médicos están cubiertos y los que no están cubiertos para usted como afiliado de nuestro plan. Le explica cuánto le corresponde pagar por su cuidado de salud bajo nuestra cobertura.

Capítulo 5. Utilizando la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 110

Le explica las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Le indica cómo utilizar la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) para verificar qué medicamentos están cubiertos. Le dice qué tipos de medicamentos no están cubiertos. Explica varias clases de restricciones que se aplican a su cobertura para ciertos medicamentos.

Explica dónde comprar sus recetas. Habla sobre los programas que tiene el plan para el manejo seguro de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 138

Habla sobre las 3 etapas de cobertura de medicamentos (*Etapa de Cobertura Inicial, Etapa de Brecha de Cobertura y Etapa de Cobertura Catastrófica*) y cómo estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos. Explica los 5 niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D y le indica lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitar al plan que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos..... 159

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura para solicitar el reembolso de la parte que nos corresponde pagar por el costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 168

Explica los derechos y responsabilidades que usted tiene como afiliado de nuestro plan. Indica lo que puede hacer si piensa que sus derechos no están siendo respetados.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 187

Le indica, paso a paso, qué hacer si tiene problemas o preocupaciones como afiliado de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si está teniendo problemas para obtener el cuidado médico o los medicamentos recetados que usted entiende que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos hacer excepciones a las reglas o a las restricciones adicionales en su cobertura de medicamentos recetados, y pedirnos que continuemos cubriendo sus cuidados hospitalarios y ciertos tipos de servicios médicos si piensa que su cobertura está terminando muy pronto.
- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, Servicios al Afiliado, y otras preocupaciones.

Capítulo 10. Terminando su afiliación en el plan 249

Indica cuándo y cómo puede terminar su afiliación al plan. Explica las situaciones en las cuales se le requiere a nuestro plan terminar su afiliación.

Capítulo 11. Notificaciones Legales 259

Incluye notificaciones sobre la ley vigente y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes..... 263

Explica las palabras clave que se usan en este folleto.

CAPÍTULO 1

Su comienzo como afiliado

Capítulo 1. Su comienzo como afiliado

SECCIÓN 1 Introducción 7
Sección 1.1 Usted está inscrito en MMM Elite, que es un Plan Medicare HMO 7
Sección 1.2 ¿De qué se trata el folleto de *Evidencia de Cobertura*? 7
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura* 7

SECCIÓN 2 ¿Qué le hace elegible para afiliarse al plan? 8
Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 8
Sección 2.2 ¿Qué son Medicare Parte A y Medicare Parte B? 8
Sección 2.3 Ésta es el área de servicio del plan MMM Elite 9
Sección 2.4 Ciudadanos de EE.UU. o Presencia Legal 9

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros? 9
Sección 3.1 Su tarjeta de afiliado del plan: Úsela para obtener todos los cuidados y medicamentos recetados cubiertos 9
Sección 3.2 El *Directorio de Proveedores y Farmacias*: Su guía a todos los proveedores y farmacias en la red del plan 10
Sección 3.3 La *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan* 11
Sección 3.4 La *Explicación de Beneficios Parte D (EOB Parte D, por sus siglas en inglés)*: informes con resúmenes de los pagos hechos por sus medicamentos recetados de la Parte D 11

SECCIÓN 4 Su prima mensual para MMM Elite 12
Sección 4.1 ¿De cuánto es la prima de su plan? 12

SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la "penalidad por afiliación tardía" de la Parte D? 13
Sección 5.1 ¿Qué es la "penalidad por afiliación tardía" de la Parte D? 13
Sección 5.2 ¿De cuánto es la "penalidad por afiliación tardía" de la Parte D? 13
Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la penalidad 14
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su penalidad por afiliación tardía? 15

SECCIÓN 6 ¿Tendrá que pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos? 15
Sección 6.1 ¿Quiénes pagan más por la Parte D según sus ingresos? 15
Sección 6.2 ¿De cuánto será la cantidad adicional por la Parte D? 16

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de la cantidad adicional por la Parte D? 16
Sección 6.4 ¿Qué pasa si no paga la cantidad adicional por la Parte D? 16

SECCIÓN 7 Más información sobre su pago de prima mensual 16
Sección 7.1 Existen varias formas en que usted puede pagar la penalidad por afiliación tardía de la Parte D de su plan 17
Sección 7.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año? 19

SECCIÓN 8 Por favor, mantenga actualizado el expediente de su afiliación 19
Sección 8.1 Cómo asegurarse de que la información que tenemos sobre usted es correcta 19

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información personal 21
Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 21

SECCIÓN 10 Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan 21
Sección 10.1 ¿Cuál plan paga primero cuando se tiene otro seguro? 21

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en MMM Elite, que es un Plan Medicare HMO

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir su cuidado médico y su cobertura de medicamentos recetados bajo Medicare a través de nuestro plan, MMM Elite.

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. MMM Elite es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización de Mantenimiento de Salud, por sus siglas en inglés), aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 ¿De qué se trata el folleto de *Evidencia de Cobertura*?

Este folleto de *Evidencia de Cobertura* le dice cómo obtener su cuidado médico y medicamentos recetados cubiertos bajo Medicare a través de nuestro plan. Este folleto le explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como afiliado del plan.

Las palabras "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren al cuidado y servicios médicos y los medicamentos recetados disponibles para usted como afiliado de MMM Elite.

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios tiene a su disposición. Le recomendamos que saque un poco de tiempo para repasar su folleto de *Evidencia de Cobertura.*

Si está confundido, preocupado, o simplemente tiene una pregunta, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted y de cómo MMM Elite cubre su cuidado. 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 cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estas notificaciones a veces se llaman "anejos" o "enmiendas".

Este contrato estará vigente durante los meses en que usted esté matriculado en MMM Elite entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2019.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de MMM Elite luego del 31 de diciembre de 2019. También podemos escoger no ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, luego del 31 de diciembre de 2019.

Cada año, Medicare tiene que aprobar nuestro plan

Cada año, Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) tiene que aprobar a MMM Elite. Usted puede seguir obteniendo cobertura de Medicare como afiliado de nuestro plan mientras nosotros decidamos seguir ofreciendo el plan durante el año en cuestión y Medicare renueve la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué le hace elegible para afiliarse al plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para afiliarse a nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga derecho a la Parte A y a la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le explica sobre la parte A de Medicare y la Parte B de Medicare)
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio)
- -- y -- usted sea un ciudadano de los Estados Unidos o esté legalmente presente en los Estados Unidos
- – *y* – no tenga Fallo Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) con excepciones limitadas, por ejemplo, si usted comienza a padecer de ESRD ya estando afiliado al plan que ofrecemos, o estaba afiliado a un plan diferente que se canceló.

Sección 2.2 ¿Qué son Medicare Parte A y Medicare Parte B?

La primera vez que se inscribió en Medicare, usted recibió información sobre qué servicios están cubiertos bajo Medicare Parte A y Medicare Parte B. Recuerde que:

- Medicare Parte A generalmente ayuda a cubrir los servicios brindados por hospitales (para pacientes hospitalizados), centros de enfermería diestra o agencias de cuidado en el hogar.
- Medicare Parte B es para la mayoría de los otros servicios (como los servicios médicos y otros servicios ambulatorios) y para ciertos artículos (como equipo médico duradero (DME) y suministros).

Sección 2.3 Ésta es el área de servicio del plan MMM Elite

A pesar de que Medicare es un programa federal, MMM Elite está disponible solo para quienes viven en el área de servicio de nuestro plan. Para mantenerse como afiliado del plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe abajo.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Florida: Broward y Palm Beach.

Si tiene planes de mudarse fuera del área de servicio, por favor comuníquese con Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto). Cuando se mude, tendrá un Período Especial de Afiliación que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan Medicare de salud o de medicamentos que esté disponible en su nueva localización.

También es importante que llame a la Administración de Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números telefónicos e información de contacto de la Administración del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.4 Ciudadanos de EE.UU. o Presencia Legal

Un afiliado de un plan de salud de Medicare debe ser un ciudadano de EE.UU. o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a MMM Elite si usted no es elegible para continuar siendo afiliado bajo este requerimiento. MMM Elite debe desafiliarlo si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de afiliado del plan: Úsela para obtener todos los cuidados y medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea afiliado de nuestro plan, debe usar su tarjeta de afiliado en cualquier ocasión que utilice el plan para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados en las farmacias de nuestra red. Usted debe de mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si aplica. Aquí tiene un ejemplo de la tarjeta de afiliado para que vea cómo lucirá la suya:

Mientras sea afiliado de nuestro plan, en la mayoría de los casos, **no debe usar su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener servicios médicos cubiertos (con la excepción de estudios clínicos rutinarios de investigación y servicios de hospicio). Usted pudiese tener que enseñar su nueva tarjeta de Medicare si necesita servicios de hospital. Mantenga su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro, en caso de que la necesite después.

Vea por qué es tan importante: Si usted obtiene servicios cubiertos utilizando su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de afiliado de MMM Elite mientras sea afiliado del plan, podría tener que pagar los costos completos de su bolsillo.

Si su tarjeta de afiliado se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios al Afiliado y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono para afiliados aparecen impresos al dorso de este folleto).

Sección 3.2 El *Directorio de Proveedores y Farmacias*: Su guía a todos los proveedores y farmacias en la red del plan

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* contiene los proveedores, suplidores de equipo médico duradero y farmacias de nuestra red.

¿Qué son "los proveedores y farmacias de la red"?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, suplidores de equipo médico duradero, , hospitales y otras instalaciones de cuidado de la salud que tengan un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores les brinden a los afiliados de nuestro plan los servicios cubiertos.

Las farmacias de la red son las farmacias que han acordado despacharles a los afiliados de nuestro plan los medicamentos recetados cubiertos.

La lista más reciente de proveedores y suplidores también está disponible en nuestra página de Internet www.mmm-fl.com.

¿Por qué necesita saber cuáles proveedores son parte de nuestra red?

Es importante que sepa cuáles proveedores y farmacias son parte de nuestra red porque, con limitadas excepciones, mientras sea afiliado de nuestro plan debe utilizar los proveedores y farmacias de la red para obtener servicios de cuidado médico y medicamentos recetados. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no esté disponible (por lo general, cuando usted está fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los cuales MMM Elite autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Vea el Capítulo 3 (*Usando la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para información más específica sobre la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de Proveedores y Farmacias*, puede solicitar una a través de Servicios al Afiliado (los números de teléfono para afiliados aparecen impresos al dorso de este folleto). Puede pedirle a Servicios al Afiliado más información sobre los proveedores de nuestra red, incluyendo sus calificaciones. También puede revisar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en www.mmm-fl.com, o descargarlo de esta página de Internet. Tanto Servicios al Afiliado como la página de Internet le brindan la información más reciente sobre los cambios entre los proveedores y/o farmacias de nuestra red.

Sección 3.3 La *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan*

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. La llamamos la "Lista de Medicamentos" para abreviar. La misma indica cuáles medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos bajo el beneficio de Parte D en MMM Elite. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la Lista de Medicamentos de MMM Elite.

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

Le proveeremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y al día sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar la página de Internet del plan (www.mmm-fl.com) o llamar a Servicios al Afiliado (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto).

Sección 3.4 La *Explicación de Beneficios Parte D (EOB Parte D, por sus siglas en inglés)*: informes con resúmenes de los pagos hechos por sus medicamentos recetados de la Parte D.

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe para ayudarle a entender y a darle seguimiento a sus pagos por medicamentos recetados. Este informe resumido se llama la *Explicación de Beneficios Parte D (EOB Parte D)*.

La *Explicación de Beneficios Parte D* le indica la cantidad total que usted, o aquellos en su representación, han pagado por sus medicamentos recetados de la Parte D y el total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le ofrece más información sobre la *Explicación de Beneficios Parte D* y cómo puede ayudar a darle seguimiento a su cobertura de medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de Beneficios Parte D* también está disponible si usted lo solicita. Para obtener una copia, por favor comuníquese con Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para MMM Elite

Sección 4.1 ¿De cuánto es la prima de su plan?

Usted no paga una prima mensual separada por MMM Elite. Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B (a menos que su prima de la Parte B la pague Medicaid o alguna otra fuente).

En algunos casos, su prima podría ser <u>mayor</u>

En algunos casos, la prima de su plan podría ser mayor que la cantidad que aparece anteriormente en la Sección 4.1. Esta situación se describe a continuación.

- A algunos afiliados se les requiere pagar una **penalidad por afiliación tardía a la Parte D** porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando se hicieron elegibles o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el cual no tuvieron cobertura "acreditable" de medicamentos recetados. ("Acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura normal de medicamentos recetados de Medicare.) En el caso de estos afiliados, la penalidad por afiliación tardía a la Parte D se añade a la prima mensual del plan. La cantidad de su prima mensual será la prima mensual del plan más la penalidad por afiliación tardía a la Parte D.
    - Si se le requiere pagar la penalidad por afiliación tardía a la Parte D, el costo de la misma dependerá de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D o sin cobertura acreditable de medicamentos. El Capítulo 1, Sección 5 explica la penalidad por afiliación tardía a la Parte D.
    - Si tiene una penalidad por afiliación tardía a la Parte D y no la paga, se le podría desafiliar del plan.

SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la "penalidad por afiliación tardía" de la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es la "penalidad por afiliación tardía" de la Parte D?

Tenga en cuenta: si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, usted no pagará penalidad por afiliación tardía.

La penalidad por afiliación tardía es una cantidad añadida a su prima de la Parte D. Usted podría deber una penalidad por afiliación tardía de la Parte D si, en algún momento después que su período inicial de afiliación termina, transcurre un período continuo de 63 días o más en que no mantuvo la Parte D o una cobertura acreditable de medicamentos. (Una cobertura "acreditable" de medicamentos recetados es aquella que cumple con los requisitos mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura normal de medicamentos de Medicare.) El costo de la penalidad por afiliación tardía depende de cuánto estuvo sin cobertura de Parte D o cobertura acreditable de medicamentos. Usted tendrá que pagar esa penalidad mientras tenga cobertura de la Parte D.

Al inicio de su afiliación a MMM Elite, le informaremos sobre la cantidad de la penalidad. Su penalidad por afiliación tardía se considera su prima del plan. Si no paga su penalidad por afiliación tardía, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

Sección 5.2 ¿De cuánto es la "penalidad por afiliación tardía" de la Parte D?

Medicare determina la cantidad de la penalidad. Fíjese cómo funciona:

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que esperó para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, luego de su elegibilidad. O, si la interrupción de su cobertura fue de 63 días o más, cuente la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable de medicamentos recetados. La penalidad es de 1% por cada mes que estuvo sin cobertura acreditable. Por ejemplo, digamos que estuvo 14 meses sin cobertura, lo cual será 14%.
- Luego, Medicare establece la cantidad de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2018, esta prima promedio es $33.19.
- Para calcular su penalidad mensual, multiplique el porcentaje de la penalidad por la prima mensual promedio y redondeé el número a la décima más cercana. En el ejemplo que aparece aquí, sería 14% por $33.19, que equivale a $4.646. Esto se redondea a $4.65. Esta cantidad se sumará **a la prima mensual de alguien con una penalidad por afiliación tardía de la Parte D.**

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

- Primero, **la penalidad puede cambiar cada año** porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima nacional promedio (como la establece Medicare) aumenta, su penalidad aumentará.
- Segundo, **usted continuará pagando la penalidad** cada mes mientras esté afiliado a un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, aunque cambie de plan.
- Tercero, si es menor de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la penalidad por afiliación tardía de 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 cobertura luego de su período inicial de inscripción en Medicare.

Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la penalidad

Aun cuando haya tardado en inscribirse en un plan con cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, en ciertos casos no tendrá que pagar la penalidad por afiliación tardía a la Parte D.

No tendrá que pagar una penalidad por afiliación tardía sobre su prima si se encuentra en cualquiera de estas situaciones:

- Usted ya tiene una cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura normal de medicamentos de Medicare. Medicare le llama a esto "**cobertura acreditable de medicamentos"**. Recuerde que:
    - La cobertura acreditable podría incluir una cobertura de medicamentos de un antiguo patrono o unión, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su Departamento de Recursos Humanos le informará anualmente si su cobertura de medicamentos es acreditable. Esta información le podría llegar por carta o publicarse en un boletín del plan. Guarde esta información porque la podría necesitar si se inscribe en un plan Medicare de medicamentos más adelante.
        - Tenga en cuenta que: Si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando termine su cobertura de salud, no quiere decir que su cobertura de medicamentos recetados era acreditable. La notificación debe establecer que usted tuvo cobertura "acreditable" de medicamentos recetados que se esperaba que pagara al menos tanto como la cobertura normal de medicamentos de Medicare.
    - Las siguientes *no* son coberturas acreditables de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratis y páginas de Internet de descuentos en medicamentos.

  - Para más información sobre cobertura acreditable, por favor refiérase a su Manual *Medicare y Usted* 2019 o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratis a estos números, 24 horas al día, 7 días a la semana.

- Si estuvo sin cobertura acreditable por menos de 63 días corridos, puede evitar pagar la penalidad por afiliación tardía.
- Si está recibiendo "Ayuda Adicional" de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su penalidad por afiliación tardía?

Si usted está en desacuerdo con su penalidad por afiliación tardía de la Parte D, usted o su representante pueden pedir que reevaluemos nuestra decisión sobre la misma. Por lo general, usted debe solicitar esta revisión antes de que pasen **60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le notificó que debía pagar una penalidad por afiliación tardía. Si usted estaba pagando una penalidad antes de afiliarse a nuestro plan, pudiese no tener otra oportunidad para solicitar una revisión de esa penalidad por afiliación tardía. Llame a Servicios al Afiliado para información sobre cómo proceder (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

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

SECCIÓN 6 ¿Tendrá que pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quiénes pagan más por la Parte D según sus ingresos?

La mayoría de la gente paga las primas normales de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan una cantidad adicional debido a sus ingresos anuales. Si su ingreso es de $85,000 o más como individuo (o personas casadas que rinden planillas por separado) o de $170,000 o más para parejas casadas, **deberá pagar una cantidad adicional directamente al gobierno** por su cobertura de la Parte D de Medicare.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, la Administración del Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta indicándole esa cantidad adicional que deberá pagar. La cantidad adicional se deducirá de su Seguro Social, de sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, o de su cheque de la Oficina de Administración de Personal, sin importar la manera en que usted pague la prima mensual de su plan, a menos que su beneficio mensual no rinda para cubrir dicha cantidad. Si su cheque de beneficios no rinde para cubrir la cantidad adicional, Medicare le enviará una factura. **Usted debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede combinar con el pago mensual de la prima del plan.**

Sección 6.2 ¿De cuánto será la cantidad adicional por la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI, por sus siglas en inglés), según reportado en su planilla de Hacienda, supera cierta cantidad, usted pagará una cantidad adicional sobre su prima mensual del plan. Para más información sobre la cantidad adicional que pudiese tener que pagar basado en su ingreso, visite: https://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de la cantidad adicional por la Parte D?

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

Sección 6.4 ¿Qué pasa si no paga la cantidad adicional por la Parte D?

La cantidad adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si por ley se le requiere pagar una cantidad adicional y usted no la paga, será desafiliado del plan y perderá su cobertura de medicamentos recetados.

SECCIÓN 7 Más información sobre su pago de prima mensual

A algunos afiliados se les requiere pagar otras primas de Medicare

A muchos afiliados se les requiere pagar otras primas de Medicare. Según se explica en la Sección 2, para que sea elegible a nuestro plan debe tener ambos, Medicare Parte A y Medicare Parte B. Algunos afiliados del plan (aquellos que no son elegibles para la Parte A sin prima), pagarán una prima por Medicare Parte A. La mayoría de los afiliados del plan pagarán una prima por la Parte B de Medicare. **Debe seguir pagando sus primas de Medicare para permanecer en el plan.**

Algunas personas pagan una cantidad adicional para la Parte D a causa de sus ingresos anuales. A esto se le conoce como Ajuste Mensual por Ingreso, también conocido como IRMAA (por sus siglas en inglés). Si su ingreso es mayor de $85,000 por individuo (o matrimonio que rinde planillas de impuestos por separado) o mayor de $170,000 por pareja casada, **usted debe pagar una cantidad adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare)** por su cobertura de la Parte D de Medicare.

- **Si a usted se le requiere que pague una cantidad adicional y usted no la paga, será desafiliado del plan y perderá sus beneficios de cobertura de medicamentos recetados.**

- De tener que pagar una cantidad adicional, la Administración del Seguro Social, **no su plan Medicare**, le enviará una carta indicándole cuál será la cantidad adicional.

- Para más información sobre las primas de la Parte D a base de ingresos, vaya al Capítulo 1, Sección 6 de este folleto. También puede visitar https://www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O, puede llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted 2019* tiene información sobre estas primas en la sección llamada "Los Costos de Medicare 2019". La misma explica cómo se diferencian las primas de la Parte B y la Parte D entre personas con diferentes ingresos. Todo el que está inscrito en Medicare recibe una copia de *Medicare y Usted* cada año durante el otoño. Los afiliados nuevos en Medicare lo reciben dentro del primer mes de haberse afiliado. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2019* en la página de Internet de Medicare (https://www.medicare.gov). O, puede solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Existen varias formas en que usted puede pagar la penalidad por afiliación tardía de la Parte D de su plan

Si se le requiere pagar una penalidad por afiliación tardía de la Parte D, existen 3 maneras en que puede pagar la penalidad. Cuando se afilia por primera vez a nuestro plan, usted debe escoger la opción de pago para la penalidad. Sin embargo, para cambiar la opción de pago seleccionada debe llamar a Servicios al Afiliado.

Si decide cambiar la forma en que paga la penalidad por afiliación tardía a la Parte D, podría tomar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigor. Mientras estemos procesando su petición para un nuevo método de pago, usted debe asegurarse de que su penalidad por afiliación tardía a la Parte D se siga pagando a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Puede optar por pagar la penalidad por afiliación tardía de la Parte D directamente a nuestro Plan. Su penalidad por afiliación tardía de la Parte D se puede pagar por cheque, bien sea en persona o por correo, enviándolo a:

MMM of Florida, Inc.
Departamento de Servicios al Afiliado
P. O. Box 260430
Miami, FL 33126

Su pago debe ser recibido durante los primeros 15 días de cada mes.

Opción 2: Puede debitar el pago de su penalidad por afiliación tardía a la Parte D de su cuenta de banco o tarjeta de crédito

En lugar 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, debe llamar mensualmente a nuestro Departamento de Servicios al Afiliado y solicitar hacer su pago con el servicio de débito automático. Un representante de Servicios al Afiliado procesará su pago y le enviará una carta de confirmación como prueba de la transacción. Recuerde, debemos recibir su pago dentro de los primeros 15 días del mes.

Opción 3: Puede pagar su penalidad por afiliación tardía a la Parte D con su cheque del Seguro Social

Puede solicitar que su penalidad por afiliación tardía a la Parte D se saque de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios al Afiliado para más información sobre cómo pagar su penalidad por afiliación tardía de esta manera. Con gusto le ayudaremos a implementar esta opción. (Los números de teléfono para Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto).

Qué hacer si tiene dificultades para pagar su penalidad por afiliación tardía de la Parte D

Su pago de penalidad por afiliación tardía a la Parte D debe llegar a nuestras oficinas antes del día 15 del mes. De no recibir su pago de penalidad por afiliación tardía el día 15 del mes, podríamos enviarle una notificación para informarle que su afiliación terminará si no recibimos su pago de penalidad por afiliación tardía a la Parte D dentro de 180 días. Si usted está obligado a pagar una penalidad por afiliación tardía a la Parte D, debe pagar la penalidad para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene dificultades para pagar su penalidad por afiliación tardía a la Parte D a tiempo, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado para ver si podemos recomendarle programas que le ayuden a pagar su penalidad. (Los números de teléfono para Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto.)

Si terminamos su afiliación al plan porque no pagó su penalidad por afiliación tardía a la Parte D, entonces tendrá cobertura de salud bajo Medicare Original.

Si terminamos su afiliación porque no pagó su penalidad por afiliación tardía a la Parte D, no podrá obtener cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se afilia a un nuevo plan durante el periodo de inscripción anual. Durante el periodo de inscripción anual de Medicare, usted tendrá la opción de inscribirse en un plan de medicamentos recetados independiente o en un plan de salud que también ofrezca cobertura de medicamentos. (Si está 63 días o más sin cobertura "acreditable" de medicamentos, tal vez tenga que pagar una penalidad por afiliación tardía a la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D.)

Al momento en que terminemos su afiliación, puede que aún nos adeude la penalidad por afiliación tardía que no ha pagado. Tenemos el derecho de gestionar el cobro de la cantidad de la penalidad por afiliación tardía que adeuda. En un futuro, si desea afiliarse nuevamente a nuestro plan (o a otra cobertura que ofrezcamos), necesitará pagar la cantidad que adeuda antes de afiliarse.

Si entiende que hemos terminado su afiliación por equivocación, tiene el derecho de pedirnos que reconsideremos nuestra decisión mediante una querella. En el Capítulo 9, Sección 11 de este folleto se le indica cómo radicar una querella. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estuvo fuera de su control y le ocasionó el no ser capaz de pagar sus primas dentro del período de gracia, puede solicitarnos que se reconsidere esta decisión, llamándonos al 1-844-212-9858 (libre de cargos) de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios de TTY deben llamar al 1-833-523-2620. Debe presentar su solicitud no más tarde de 60 días después de la fecha en que termina su afiliación.

Sección 7.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No se nos permite comenzar a cobrar una prima mensual de un plan durante el año. Si cambia la prima mensual del plan 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 usted tenga que comenzar a pagar, o dejar de pagar, una penalidad por afiliación tardía. (La penalidad por afiliación tardía se podría aplicar si usted estuvo 63 días o más sin cobertura "acreditable" de medicamentos recetados.) Esto podría suceder si usted se hace elegible para el programa de "Ayuda Adicional" o si pierde su elegibilidad a dicho programa durante el año:

- Si al presente usted paga la penalidad por afiliación tardía de la Parte D y se hace elegible para "Ayuda Adicional" durante el año, no tendría que pagar más su penalidad.
- Si pierde el subsidio por bajos ingresos ("Ayuda Adicional"), usted estará sujeto a la penalidad mensual por afiliación tardía a la Parte D si estuvo sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados por 63 días o más.

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

SECCIÓN 8 Por favor, mantenga actualizado el expediente de su afiliación

Sección 8.1 Cómo asegurarse de que la información que tenemos sobre usted es correcta

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores dentro de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su expediente de afiliación para saber cuáles servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de costos compartidos para usted**. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información al día.

Infórmenos si ocurren los siguientes cambios:

- 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, por accidentes en el trabajo, o Medicaid)
- Si tiene 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 está participando en un estudio de investigación clínica

Si cambia algo de esta información, por favor, avísenos llamando a Servicios al Afiliado (los teléfonos aparecen impresos al dorso de este folleto).

También es importante que contacte a la Administración del Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números telefónicos e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Lo llamaremos para validar cualquier otra cobertura de seguro que tenga

Medicare requiere que usted nos informe sobre su afiliación a cualquier otra cobertura de seguro médico o de farmacia que tenga. Esto es necesario porque debemos coordinar sus beneficios bajo nuestro plan con cualquier otra cobertura que tenga. (Para más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando se tiene otro seguro, vea la Sección 10 de este Capítulo.)

Por lo menos una vez al año, lo llamaremos para verificar cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que sepamos que usted tiene. De no poder comunicarnos con usted, le enviaremos una carta con la lista de las otras coberturas de seguro médico o de farmacia de las cuales tengamos conocimiento. Por favor, revise esta información con detenimiento. Si es correcta, no tiene que hacer nada más. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no aparezca en la lista, por favor, llame a Servicios al Afiliado (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y su información personal de salud. Nosotros protegemos su información personal de salud tal y como lo requieren estas leyes.

Para más información sobre cómo protegemos su información personal de salud, por favor, vea el Capítulo 8, Sección 1.4 de este folleto.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Cuál plan paga primero cuando se tiene otro seguro?

Cuando usted tiene otro seguro (como una cobertura grupal patronal), Medicare ha establecido unas reglas que deciden quién paga primero: nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se conoce como el "pagador primario" y paga hasta el límite de su cobertura. El segundo en pagar, llamado el "pagador secundario", paga solamente si hay costos que el pagador primario no ha cubierto. El pagador secundario podría no pagar todos los costos que han quedado sin cubrir.

Estas reglas se aplican para coberturas grupales patronales o sindicales:

- Si tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan grupal se basa en su empleo actual o el de un familiar, quien paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su patrono y si tiene Medicare por su edad, discapacidad o Fallo Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
    - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o su familiar aún trabaja, su plan de salud grupal paga primero si su patrono tiene 100 empleados o más, o si es un plan de patronos múltiples, y al menos uno de los patronos tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el patrono tiene 20 empleados o más, 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 luego de que se haga elegible para entrar en Medicare.

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

- Seguro de relevo de culpa (incluyendo seguros de autos)
- Responsabilidad (incluyendo seguros de autos)
- Beneficios por contaminación pulmonar
- Indemnización laboral

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

Si usted tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién debe pagar primero o si necesita actualizar su otra información de asegurado, llame a Servicios al Afiliado (los teléfonos aparecen impresos al dorso de este folleto). Podría tener que proveer su número de identificación de afiliado a sus otros aseguradores (cuando confirme la identidad de ellos) para que sus cuentas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números telefónicos y recursos importantes

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos para MMM Elite** (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con nuestro departamento de Servicios al Afiliado) **25**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) **33**

SECCIÓN 3 **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) (asistencia gratis, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)** **34**

SECCIÓN 4 **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** (pagado por Medicare para supervisar la calidad del servicio provisto a las personas con Medicare) **35**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **36**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa conjunto, federal y estatal, que ayuda a algunas personas de ingresos y recursos limitados a pagar sus gastos médicos) **37**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados** **38**

SECCIÓN 8 **Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario** **42**

SECCIÓN 9 **¿Usted tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud patronal?** **43**

SECCIÓN 1 **Contactos para MMM Elite** (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con nuestro departamento de Servicios al Afiliado)

Para asistencia con reclamaciones, facturas o preguntas sobre la tarjeta de afiliado, por favor, llame o escriba a Servicios al Afiliado de MMM Elite. Con gusto le ayudaremos.

Método	Servicios al Afiliado - Información de Contacto
LLAME	1-844-212-9858 Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Servicios al Afiliado tiene un servicio gratuito de intérpretes para personas que no hablan español.
TTY	1-833-523-2620 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	1-833-523-2626
ESCRIBA	MMM of Florida, Inc. Departamento de Servicios al Afiliado P. O. Box 260430 Miami, FL 33126 info@mmm-fl.com
INTERNET	www.mmm-fl.com

Cómo comunicarse con nosotros si está solicitando una decisión de cobertura relacionada con su cuidado médico

Una decisión de cobertura es una determinación que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Para más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura relacionadas con su cuidado médico, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Puede llamarnos si tiene preguntas acerca de nuestro proceso de decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de Cobertura sobre Cuidado Médico – Información de Contacto
LLAME	1-844-212-9858 Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	1-833-523-2620 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	1-833-523-2627
ESCRIBA	MMM of Florida, Inc. Departamento de Servicios al Afiliado P. O. Box 260430 Miami, FL 33126 info@mmm-fl.com
INTERNET	www.mmm-fl.com

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

Una apelación es una manera formal de pedirnos que analicemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para más información sobre las apelaciones relacionadas con su cuidado médico, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Apelaciones sobre Cuidado Médico – Información de Contacto
LLAME	1-844-212-9858 Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	1-833-523-2620 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	1-833-523-2628
ESCRIBA	MMM of Florida, Inc. Departamento de Apelaciones y Querellas P. O. Box 260430 Miami, FL 33126 info@mmm-fl.com
INTERNET	www.mmm-fl.com

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

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o algunos de los proveedores de nuestra red, incluyendo quejas sobre la calidad de su cuidado. Este tipo de queja no tiene que ver con la cobertura o con disputas sobre pagos. (Si su problema se relaciona con cobertura o pagos, debe leer la sección anterior para informarse sobre las apelaciones.) Para más información sobre cómo presentar quejas relacionadas con su cuidado médico, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Quejas sobre Cuidado Médico – Información de Contacto
LLAMAR	1-844-212-9858 Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	1-833-523-2620 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	1-833-523-2628
ESCRIBA	MMM of Florida, Inc. Departamento de Apelaciones y Querellas P. O. Box 260430 Miami, FL 33126 info@mmm-fl.com
INTERNET: MEDICARE	Puede presentar su queja sobre MMM Elite directamente a Medicare. Para someter una queja a Medicare vía Internet, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una determinación de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una determinación de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos bajo el beneficio de Parte D en su plan. Para más información sobre las solicitudes para decisiones de cobertura relacionadas con sus medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Determinaciones de Cobertura para los Medicamentos Recetados de la Parte D – Información de Contacto
LLAME	1-844-212-9858 Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	1-833-523-2620 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	1-833-523-2630
ESCRIBA	MMM of Florida, Inc. Departamento de Servicios al Afiliado P. O. Box 260430 Miami, FL 33126 info@mmm-fl.com
INTERNET	www.mmm-fl.com

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para más información sobre la presentación de apelaciones relacionadas con sus medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Apelaciones para los Medicamentos Recetados de la Parte D – Información de Contacto
LLAME	1-844-212-9858 Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	1-833-523-2620 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	1-833-523-2629
ESCRIBA	MMM of Florida, Inc. Departamento de Apelaciones y Querellas P. O. Box 260430 Miami, FL 33126 info@mmm-fl.com
INTERNET	www.mmm-fl.com

Cómo comunicarse con nosotros para reportar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o una de las farmacias de nuestra red, incluyendo quejas sobre la calidad del servicio. Este tipo de queja no tiene que ver con la cobertura o con disputas sobre pagos. (Si su problema se relaciona con cobertura o pagos, debe leer la sección anterior para informarse sobre las apelaciones.) Para más información sobre cómo reportar una queja relacionada con sus medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Quejas Sobre los Medicamentos Recetados de la Parte D - Información de Contacto
LLAME	1-844-212-9858 Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	1-833-523-2620 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	1-833-523-2629
ESCRIBA	MMM of Florida, Inc. Departamento de Apelaciones y Querellas P. O. Box 260430 Miami, FL 33126 info@mmm-fl.com
INTERNET: MEDICARE	Puede presentar su queja sobre MMM Elite directamente a Medicare. Para someter una queja a Medicare vía Internet, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo por cuidado médico o por un medicamento que haya recibido

Para más información sobre situaciones en las que usted podría tener que pedirnos un reembolso o el pago de una factura que haya recibido de un proveedor, vea el Capítulo 7 (*Solicitándole al plan su parte del pago de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos*).

Por favor, tenga en cuenta que: Si usted nos envía una solicitud de pago y nosotros denegamos cualquier parte de su petición, puede apelar nuestra decisión. Vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)), para más información.

Método	Solicitudes de Pago– Información de Contacto
LLAME	1-844-212-9858 Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	1-833-523-2620 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	1-833-523-2626
ESCRIBA	MMM of Florida, Inc. Departamento de Servicios al Afiliado P. O. Box 260430 Miami, FL 33126 info@mmm-fl.com
INTERNET	www.mmm-fl.com

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

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con Fallo Renal en Etapa Terminal (fallo renal permanente que requiera diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal que está a cargo de Medicare se llama Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Esta agencia establece contratos con organizaciones Medicare Advantage, incluyéndonos.

Método	Medicare – Información de Contacto
LLAME	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son libres de cargos. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargos.
INTERNET	https://www.medicare.gov Ésta es la página oficial de Internet para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y los asuntos vigentes de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares para ancianos, médicos, agencias de cuidado en el hogar y centros de diálisis. Incluye folletos que usted puede imprimir directamente de su computadora. También encontrará información de contacto para Medicare en su estado. La página de Internet de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para afiliarse a Medicare y opciones de afiliación con las siguientes herramientas: • **Herramienta de Elegibilidad para Medicare:** Provee información sobre su elegibilidad para ingresar en Medicare. • **Buscador de Planes de Medicare:** Provee información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados disponibles bajo Medicare, los planes de salud de Medicare, y

Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) en su área. Estas herramientas proveen un *estimado* de lo que serían los costos que usted pagaría de su bolsillo en los diferentes planes Medicare.

También puede utilizar la página de Internet para notificarle a Medicare acerca de cualquier queja sobre MMM Elite:

Comuníquele a Medicare su queja: Puede someter una queja sobre MMM Elite: directamente a Medicare. Para someter una queja a Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y utiliza la información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si no tiene computadora, su biblioteca o centro local para personas de edad avanzada podrían permitirle usar las suyas para ayudarle a visitar esta página de Internet. O puede llamar a Medicare y diga qué información está buscando. Ellos localizarán la información en la página de Internet, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) (asistencia gratis, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con consejeros adiestrados en cada estado. En Florida, el SHIP se conoce como el programa SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders).

El programa SHINE es independiente (no tiene relación con ningún plan de salud o compañía de seguros). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar orientación gratis sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Los consejeros del programa SHINE pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Le ayudan a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su cuidado o tratamiento médico, y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros del programa SHINE también pueden ayudarle a entender las

opciones de planes bajo Medicare y contestarán sus preguntas sobre cómo cambiar de un plan a otro.

Método	SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders) (SHIP en Florida) – Información de Contacto
LLAME	1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA	SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders) 4040 Esplanade Way Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000 information@elderaffairs.or
INTERNET	http://www.floridashine.org

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagado por Medicare para supervisar la calidad del servicio provisto a las personas con Medicare)

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad al servicio de los beneficiarios de Medicare designada en cada estado. En Florida, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO.

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para supervisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado que se les provee a las personas con Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Usted debe comunicarse con http://www.floridashine.org en cualquiera de estos casos:

- Tiene una queja sobre la calidad del servicio que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su hospitalización está terminando muy pronto.
- Considera que la cobertura para cuidado de salud en el hogar, cuidado en una institución de enfermería diestra o en una Institución de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) está terminando muy pronto.

Método	KEPRO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Florida) – Información de Contacto
LLAME	1-888-317-0751 Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días feriados, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA	KEPRO 5201 West Kennedy Boulevard Suite 900 Tampa, Florida 33609 KEPRO.Communications@hcqis.org
INTERNET	https://www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es el encargado de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos y residentes permanentes legítimos de los EE. UU., mayores de 65 años o que tengan una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y que cumplen con ciertos requisitos, son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social se encarga de administrar el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar su ingreso a Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar alguna cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso más alto. Si usted recibió una carta del Seguro Social diciéndole que usted tiene que pagar una cantidad adicional y usted tiene preguntas sobre la cantidad, o si su ingreso ha disminuido a causa de un evento que cambió sus condiciones de vida, puede llamar al Seguro Social y pedir una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con la Administración del Seguro Social para notificarles.

Método	Seguro Social – Información de Contacto
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son libres de cargos. Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas transacciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargos. Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
INTERNET	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid
(un programa conjunto, federal y estatal, que ayuda a algunas personas de ingresos y recursos limitados a pagar sus gastos médicos)

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal, que ayuda a ciertas personas de ingresos y recursos limitados a pagar sus gastos médicos. Algunas personas con Medicare también son elegibles a Medicaid.

Además, se ofrecen programas a través de Medicaid para asistir a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como sus primas de Medicare. Los siguientes cuatro programas de ahorro de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado por Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos como (deducibles, coaseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (QMB+).

- **Beneficiario de Medicare Especificado con Bajos Ingresos (SLMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (SLMB+).

- **Individuo Calificado (QI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.

- **Individuo Calificado como discapacitado que trabaja (QDWI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid.

Método	AHCA (Agency for Health Care Administration) (Programa Medicaid de Florida) – Información de Contacto
LLAME	1-888-419-3456 Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
TTY	1-800-955-8771 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA	Florida Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
INTERNET	https://ahca.myflorida.com/index.shtml

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

Programa "Ayuda Adicional" de Medicare

Medicare provee "Ayuda Adicional" para pagar los costos de medicamentos recetados para las personas que tengan ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su hogar o automóvil. Si califica, usted recibe ayuda para el pago de las primas mensuales de cualquier plan Medicare, los deducibles anuales y los copagos de las recetas. Esta "Ayuda Adicional" también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para "Ayuda Adicional". Algunas personas califican automáticamente para "Ayuda Adicional" y no tienen que solicitarla. Medicare le envía una carta a las personas que califican automáticamente para "Ayuda Adicional".

Usted pudiese recibir "Ayuda Adicional" para pagar los costos de sus medicamentos recetados y primas. Para saber si califica para recibir "Ayuda Adicional", llame a:

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

- Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes) (Vea la sección 6 de este capítulo para la información de contacto).

Si usted entiende que califica para "Ayuda Adicional" y piensa que está pagando una cantidad incorrecta de costo compartido cuando obtiene sus medicamentos recetados de la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite recibir asistencia para obtener la evidencia de su nivel copago adecuado, o si usted ya tiene la evidencia, puede proveernos la misma.

Si usted ya tiene un documento que prueba que ha calificado para "Ayuda Adicional", puede llamar a Servicios al Afiliado. Nuestro Representante de Servicio le puede ayudar a corregir la cantidad de su copago. Puede utilizar cualquiera de los documentos a continuación para proveernos la evidencia:

Prueba de que ya tiene estatus de "Ayuda Adicional"

- Una copia de su tarjeta de Medicaid que muestre su nombre y la fecha en que fue elegible para recibir "Ayuda Adicional". La fecha debe ser de julio o posterior, del año anterior.
- Una carta de la Administración del Seguro Social que muestre su estado de "Ayuda Adicional". Esta carta puede llamarse Información Importante, Carta de Concesión, Notificación de Cambio o Notificación de Acción.
- Una carta de la Administración del Seguro Social que muestre que usted recibe Seguridad de Ingreso Suplementario. En este caso, usted también califica para "Ayuda Adicional".

Prueba de que tiene un estado activo de Medicaid

- Una copia de cualquier documento estatal o una copia impresa de cualquier sistema estatal que muestre su estado activo de Medicaid. La fecha activa mostrada tiene que ser en el mes de julio o posterior, del año anterior.

Prueba de un pago de Medicaid por una estadía en una facilidad médica

- Su estadía en la facilidad médica debe ser de por lo menos un mes de duración y debe haber ocurrido durante el mes de julio o posterior, del año anterior.
- Una factura la facilidad muestre el pago de Medicaid.
- Una copia de cualquier documento estatal o una copia impresa del sistema estatal que muestre el pago que realizó Medicaid por usted.

Si usted muestra alguno de los documentos antes mencionados como prueba en la farmacia, por favor envíenos una copia. Puede enviarlo a:

MMM of Florida, Inc.
Departamento de Servicios al Afiliado
P. O. Box 260430
Miami, FL 33126

- Si es fuera del horario laborable, determinaremos si el beneficiario tiene menos / más de 3 días de medicamentos disponibles. Si son 3 días o menos, la farmacia se comunicará con nosotros para revertir la transacción permitiéndole al beneficiario obtener 3 días de medicamentos. Al beneficiario se le proveerá la información de contacto de a dónde debe enviar la información actualizada de la Mejor Evidencia Disponible (BAE, por sus siglas en ingles).

- Cuando recibamos la evidencia mostrando su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si usted pagó de más, le reembolsaremos la diferencia. Le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó adicional o le compensaremos la diferencia en copagos futuros. Si la farmacia no ha cobrado su copago y refleja ese copago como una deuda, le pudiésemos pagar directamente a la farmacia. Si el estado pagó por usted, le podemos realizar un pago directamente al estado. Por favor contacte a Servicios al Afiliado si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos al dorso de este folleto).

Programa de Descuento para la Brecha de Cobertura de Medicare

El Programa de Descuento para la Brecha de Cobertura de Medicare provee descuentos de los fabricantes de medicamentos de marca para los afiliados de la Parte D que han llegado a su máximo de brecha de cobertura y que no están recibiendo "Ayuda Adicional". Para medicamentos de marca, el 70% de descuento que proveen los fabricantes excluye cualquier tarifa de despacho por costos en la brecha. Los afiliados pagan el 25% del precio negociado y una porción de la tarifa de despacho para medicamentos de marca.

Si usted llega a la brecha de cobertura, aplicaremos el descuento automáticamente cuando su farmacia cobre por su receta y su *Explicación de Beneficios Parte D* (EOB de la Parte D) mostrará cualquier descuento que se haya provisto. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cobertura. La cantidad pagada por el plan (el 5%) no cuenta para los gastos de bolsillo.

También recibirá alguna cobertura por medicamentos genéricos. Si llega a la brecha de cobertura, el plan paga el 63% del precio de medicamentos genéricos y usted paga el restante 37%. Para los medicamentos genéricos, la cantidad que paga el plan (63%) no cuenta como

gasto de bolsillo. Solo la cantidad que usted pague contará y le ayudará a sobrellevar la brecha de cobertura. Además, el cargo por despacho está incluido como parte del costo del medicamento.

El Programa de Descuento para la Brecha de Cobertura de Medicare está disponible a través de la nación. Como MMM Elite ofrece cobertura adicional de brecha durante la Etapa de Brecha de Cobertura, sus costos de bolsillo serán, en ocasiones, más bajos que los costos descritos aquí. Por favor, vaya al Capítulo 6, Sección 6 para más información sobre su cobertura durante la Etapa de Brecha de Cobertura.

Si tiene preguntas sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de Descuento Durante la Brecha de Cobertura de Medicare en general, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto).

¿Qué sucede si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)?

¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a individuos que viven con VIH/ SIDA, elegibles a ADAP, a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través del Programa ADAP de Florida. Nota: Para ser elegible para el ADAP vigente en su estado, los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia en el estado y de la condición de VIH, bajos ingresos según los define el estado y no tener seguro médico, o tener una cobertura limitada.

Si usted está inscrito en un programa ADAP, este puede continuar ofreciéndole asistencia con costo compartido de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para medicamentos incluidos en el formulario de ADAP. Con el fin de asegurarse de continuar recibiendo esta ayuda, por favor, notifique a su manejador de caso de ADAP de cualquier cambio en su plan Parte D de Medicare o el número de póliza. Para obtener información adicional, llame al Programa ADAP de Florida al 1-800-352-2437 (inglés), 1-800-545-7432 (español), 1-800-243-7101 (Creole). Usuarios de TTY deben llamar al 1-888-503-7118.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al Programa ADAP de Florida al 1-800-352-2437 (inglés), 1-800-545-7432 (español), 1-800-243-7101 (Creole). Usuarios de TTY deben llamar al 1-888-503-7118.

¿Qué pasa si usted recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos recetados? ¿Puede obtener descuentos?

No. Si usted recibe "Ayuda Adicional", ya usted recibe cobertura para sus medicamentos recetados durante la Brecha de Cobertura.

¿Qué pasa si no recibe un descuento y piensa que tiene derecho al mismo?

Si piensa que ya llegó a la etapa de brecha y no recibió un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, debe cotejar su próxima *Explicación de Beneficios Parte D*. Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios Parte D,* debe comunicarse con nosotros para verificar que todos sus expedientes de recetas estén correctos y al día. Si no coincidimos con usted sobre su petición de descuento, puede presentar una apelación. Su Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada (Programa SHIP) le puede ayudar con la preparación de la apelación (los teléfonos aparecen en la Sección 3 de este Capítulo); o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas completos de beneficios para los empleados ferroviarios de la nación y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios con la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Si recibe su Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les notifique si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de Contacto
LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son libres de cargos. Disponible de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., de lunes a viernes Si tiene un teléfono tele-teclas, hay información grabada y servicios automatizados disponibles las 24 horas del día, incluyendo fines de semana y días de fiesta.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son libres de cargos.
INTERNET	https://secure.rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Usted tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud patronal?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su patrono o de un grupo de empleados retirados (o el de su cónyuge), como parte de este plan, usted puede llamar al administrador de beneficios de su patrono o unión, o a Servicios al Afiliado, si tiene preguntas. Puede preguntar por los beneficios de salud o de jubilación que ofrece su patrono (o el de su cónyuge), así como primas o el período de afiliación (los números telefónicos de Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) con preguntas sobre su cobertura de Medicare bajo este plan.

Si usted tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través de su patrono o un grupo de retirados (o el de su cónyuge), por favor comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarle a establecer cómo su cobertura de medicamentos recetados actual funcionará con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Utilizando la cobertura del plan para sus servicios médicos

Capítulo 3. Utilizando la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener cuidado médico cubierto como afiliado de nuestro plan 47

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"? 47

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener servicios médicos cubiertos a través de nuestro plan 47

SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red del plan para recibir su cuidado médico 49

Sección 2.1 Usted debe seleccionar un Proveedor de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés) para que le brinde y supervise su cuidado médico 49

Sección 2.2 ¿Qué tipos de cuidado médico puede obtener sin la aprobación previa de su PCP? 50

Sección 2.3 Cómo obtener cuidado de especialistas y otros proveedores de la red 51

Sección 2.4 Cómo obtener cuidado de proveedores que estén fuera de nuestra red 52

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de emergencia o necesidad de cuidado urgente o durante un desastre 52

Sección 3.1 Obteniendo cuidado en caso de una emergencia médica 52

Sección 3.2 Obteniendo servicios en caso de una situación médica urgente 54

Sección 3.3 Recibiendo cuidado durante un desastre 55

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si le facturan directamente por el costo completo de los servicios cubiertos? 55

Sección 4.1 Usted puede solicitarnos que paguemos la parte del costo que nos corresponde por los servicios cubiertos 55

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo completo 55

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos si usted forma parte de un "estudio de investigación clínica"? 56

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? 56

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga por qué? 57

SECCIÓN 6 Reglas para obtener cuidado en una "institución religiosa no médica para servicios de salud" 58

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para servicios de salud? 58

Sección 6.2 ¿Qué cuidado de una institución religiosa no médica para servicios de salud está cubierto por nuestro plan? 59

SECCIÓN 7 Reglas para convertirse en dueño de equipo médico duradero..... 59

Sección 7.1 ¿Podrá hacerse dueño del equipo médico duradero después de hacer cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan? 59

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener cuidado médico cubierto como afiliado de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre el uso de nuestro plan para que su cuidado médico sea cubierto. El mismo contiene definiciones de términos y explica las reglas que debe seguir para obtener tratamientos médicos, servicios y otros cuidados médicos que estén cubiertos por el plan.

Para detalles sobre qué cuidado médico está cubierto por nuestro plan y cuánto paga por su parte del costo al obtener estos cuidados, utilice la Tabla de Beneficios que aparece en el próximo capítulo, el Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

Aquí tiene algunas definiciones que pueden ayudarle a entender cómo es que usted recibe el cuidado y los servicios que lo cubren como afiliado de nuestro plan:

- **"Proveedores"** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y cuidado médico. El término "proveedores" también incluye hospitales y otras instalaciones para el cuidado de la salud.
- **"Proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otras instalaciones para el cuidado de la salud que han llegado a un acuerdo con nosotros para aceptar, tanto nuestro pago como la cantidad que le corresponde a usted pagar, como pago completo. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores rindan los servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente a nosotros por el cuidado que le dan a usted. Cuando usted visita a un proveedor de la red, paga solo la cantidad del costo de los servicios que le corresponde a usted.
- **"Servicios cubiertos"** incluyen todo el cuidado médico, servicios de cuidado de salud, los suministros y el equipo que estén cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para el cuidado médico se encuentran en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener servicios médicos cubiertos a través de nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, MMM Elite debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe cumplir con la reglas de cobertura de Medicare Original.

MMM Elite cubrirá, por lo general, su cuidado médico, siempre y cuando:

- **El cuidado que reciba esté incluido en la Tabla de Beneficios Médicos** del plan (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
- **El cuidado que reciba se considere médicamente necesario**. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los criterios aceptados por la práctica médica.
- **Usted tenga un médico primario (PCP, por sus siglas en inglés) que proporcione y supervise su cuidado.** Como afiliado de nuestro plan, usted debe elegir un PCP (para más información sobre esto, vea la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de los casos, su PCP de nuestra red tiene que proveer autorización por adelantado antes de que usted visite a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, instituciones de enfermería diestra o agencias de cuidado en el hogar. A esto se le conoce como dar un "referido". Para más información sobre esto, vea la Sección 2.3 de este capítulo.
    - No se requiere referido de su PCP para servicios de emergencia o de necesidad urgente. Además, hay otros tipos de cuidado que usted puede obtener sin aprobación previa de su PCP. Para más información sobre esto, vea la Sección 2.2 de este capítulo.
- **Usted debe recibir su cuidado de un proveedor dentro de la red** (para más información sobre esto, vea la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no sea parte de la red de nuestro plan) no será cubierto. *Aquí hay tres excepciones:*
    - El plan cubre cuidados de emergencia o servicio de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para más información sobre esto y para saber qué significa servicio de emergencia o de urgencia, vea la Sección 3 de este capítulo.
    - Si usted necesita cuidado médico que nuestro plan debe cubrir según los requisitos de Medicare y que los proveedores de nuestra red no pueden ofrecer, usted puede obtener este cuidado de un proveedor fuera de la red. Tendrá que solicitar autorización del plan antes de recibir el cuidado. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si su proveedor estuviera en la red. Para información sobre cómo obtener aprobación para ver a un médico fuera de la red, vea la Sección 2.4 de este Capítulo.
    - El plan cubre servicios de diálisis renal que se obtengan en una instalación de diálisis certificada por Medicare cuando usted se encuentre temporeramente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red del plan para recibir su cuidado médico

Sección 2.1 Usted debe seleccionar un Proveedor de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés) para que le brinde y supervise su cuidado médico

¿Qué es un "PCP" y qué hace el PCP por usted?

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

- **¿Qué tipos de proveedores podrían servir como PCP?**
  El PCP es un médico especializado en medicina interna, medicina de familia, práctica general o geriatría, al cual usted tendrá acceso sin referido y quien tiene un contrato directo o indirecto con el Plan de Salud.

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

- **¿Cuál es el rol del PCP como coordinador de los servicios cubiertos?**
  "Coordinar" sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan datos sobre su cuidado y cómo sigue su salud. Si usted necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener aprobación por adelantado (obtener un referido) de su PCP. En algunos casos, su PCP tendrá que obtener preautorización (aprobación previa) de nosotros. Como su PCP proporcionará y coordinará su cuidado médico, debe enviar a su oficina todos sus expedientes médicos pasados.

Se requiere referido de su Proveedor de Cuidado Primario para los planes HMO de MMM of Florida cuando el afiliado requiere tratamiento de un especialista, incluyendo oftalmólogos. Pueden aplicar excepciones para los dentistas, proveedores de salud mental y proveedores de abuso de sustancias, podiatras, dermatólogos, diálisis, quiroprácticos, especialistas en salud de la mujer para servicios de rutina o preventivos, y para proveedores de cuidado de emergencia y urgencia.

¿Cómo escoge su PCP?

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

Cambiando su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Incluso, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que buscar un PCP nuevo.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios al Afiliado. Su petición entrará en vigor el primer día del mes siguiente al recibo de su petición.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de cuidado médico puede obtener sin la aprobación previa de su PCP?

Usted puede obtener los servicios que aparecen a continuación sin aprobación previa de su PCP.

- Cuidado femenino de rutina, el cual incluye exámenes de los senos, mamografías (rayos X de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que se los realice un proveedor de la red.
- Vacunas contra la influenza, la hepatitis B y la pulmonía, siempre que se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores dentro y fuera de la red
- Servicios de urgencia de proveedores dentro de la red y, si temporeramente no hay proveedores de la red disponibles o usted está fuera del área de servicio del plan, puede utilizar proveedores fuera de la red.
- Servicios de diálisis del riñón que reciba en una institución de diálisis certificada por Medicare cuando esté temporeramente fuera del área de servicio del plan. (Cuando sea posible, por favor llame a Servicios al Afiliado antes de salir del área de servicio para ayudarle en la coordinación de su diálisis de mantenimiento fuera de nuestra área. Los números de teléfono de Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto.)

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

Un especialista es un médico que provee servicios de cuidado de salud para enfermedades o partes del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de especialistas. Aquí tiene algunos ejemplos:

- Oncólogos, los que atienden a los pacientes de cáncer.
- Cardiólogos, los que atienden a los pacientes con condiciones del corazón.
- Ortopedas, los que atienden a los pacientes con ciertas condiciones de los huesos, las coyunturas o los músculos.

¿Cuál es el rol (si alguno) del PCP en el referido de los afiliados a los especialistas y otros proveedores?

Su PCP le ayudará a encontrar al especialista del plan que esté cualificado para tratar su condición. Sin embargo, usted no necesita aprobación de su PCP para ver a un especialista del plan. Puede visitar al especialista directamente siempre que pertenezca a la red del plan.

¿Para qué tipo de servicios debe el PCP obtener preautorización del plan?

Cuando usted visita a un proveedor especialista del plan y el médico tiene que realizar pruebas o cirugía, el médico debe recibir preautorización de nuestro plan. El médico es responsable por obtener preautorización a nombre suyo. Vea los requisitos para preautorizaciones o referidos para cada servicio en el Capítulo 4.

Tenga en cuenta que no solo porque los proveedores pertenezcan a la red significa que su PCP puede proveerle referidos para todos. Usted tendrá que preguntar cuáles hospitales y especialistas utiliza su PCP para referidos.

¿Qué pasa si un especialista u otro proveedor de la red dejan nuestro plan?

Podemos realizar cambios en nuestra red de hospitales, doctores y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay un número de razones por las cuales su proveedor pudiera dejar su plan, pero si su doctor o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones resumidas a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos acceso ininterrumpido a doctores y especialistas cualificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con, al menos, 30 días de anticipación si su proveedor deja su plan para que usted tenga tiempo de escoger un nuevo proveedor.

- Le ayudaremos a escoger un nuevo proveedor cualificado para que continúe manejando el cuidado de su salud.

- Si usted está bajo algún tratamiento médico, usted tiene derecho a solicitar que el tratamiento medicamente necesario continúe sin interrupciones, y trabajaremos con usted para asegurar que así sea.

- Si usted entiende que no le hemos provisto un proveedor cualificado en reemplazo de su proveedor previo o que su tratamiento no se está manejando de forma apropiada, usted tiene el derecho de solicitar una apelación de nuestra decisión.

- Si usted se entera de que su doctor o proveedor dejará el plan, por favor comuníquese con nosotros para poder ayudarle a encontrar un nuevo proveedor que maneje su cuidado.

Si esto pasa, tendrá que cambiarse a otro proveedor que pertenezca a nuestra red. Servicios al Afiliado puede ayudarle a buscar y elegir otro proveedor.

Sección 2.4 Cómo obtener cuidado de proveedores que estén fuera de nuestra red

En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no sea parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. *Aquí tiene tres excepciones*:

- El plan cubre el cuidado de emergencia o urgencia que usted obtenga de un proveedor fuera de la red.
- El plan cubre servicios de diálisis a afiliados con ESRD que viajen fuera del área de servicio del plan y que no puedan llegar a proveedores contratados de ESRD.

- Si usted necesita cuidado médico que Medicare le requiere a nuestro plan que lo cubra y nuestra red no tiene proveedores disponibles para dar el servicio, usted puede obtener el cuidado de un proveedor fuera de la red. Necesitará una autorización del plan antes de solicitar el cuidado. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si el cuidado fuera provisto por alguien dentro de la red.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de emergencia o necesidad de cuidado urgente o durante un desastre

Sección 3.1 Obteniendo cuidado en caso de una emergencia médica

¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer si ocurre una?

Una **"emergencia médica"** es cuando usted o cualquier persona prudente y con conocimientos básicos de salud y medicina considera que sus síntomas médicos requieren atención inmediata para evitar pérdida de vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos podrían ser a causa de enfermedad, lesión, dolor agudo, o una condición que se deteriora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 9-1-1 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si es necesario. Usted *no* tiene que obtener aprobación o un referido previo de su PCP.
- **Tan pronto pueda, asegúrese de avisarle a nuestro plan sobre su emergencia.** Necesitamos darle seguimiento a su cuidado de emergencia. Usted u otra persona debe llamar para informarnos sobre su cuidado de emergencia, por lo general dentro de 48 horas. Llame a Servicios al Afiliado a los números que aparecen impresos al final de este folleto.

¿Qué está cubierto si usted tiene una emergencia médica?

Usted puede obtener cuidado médico de emergencia cubierto cuando lo necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios, a través de la cobertura mundial. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencia de cualquier otra manera podría poner su salud en peligro. Para más información, vea la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Este plan ofrece cuidado de emergencias bajo la cobertura mundial. Por favor tenga en cuenta que Medicare no provee cobertura para emergencias médicas fuera de los Estados Unidos o sus territorios. Para más información, por favor refiérase al Capítulo 4.

Si usted tiene una emergencia, nosotros hablaremos con los médicos que le estén brindando cuidado para ayudar a manejar la situación y darle seguimiento a su cuidado. Los médicos que le estén brindando cuidado de emergencia decidirán cuándo su condición se considere estable y la emergencia médica haya pasado.

Cuando termine la emergencia, usted tiene derecho a obtener cuidado de seguimiento para asegurarse de que su condición se mantiene estable. Su cuidado de seguimiento será cubierto por nuestro plan. Si su cuidado de emergencia es provisto por proveedores fuera de la red, trataremos de hacer arreglos para que proveedores dentro de la red se encarguen de su cuidado tan pronto su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Y si no fuese una emergencia médica?

A veces es difícil saber cuándo uno tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted va en busca de cuidado de emergencia - pensando que su salud está en grave peligro - y el médico determina que, después de todo, no se trata de una emergencia médica. Si, al fin y al cabo, no resulta ser una emergencia, cubriremos su cuidado siempre y cuando usted, de manera razonable, haya pensado que su salud estaba en serio riesgo.

Sin embargo, después de que el médico establezca que *no* fue una emergencia, cubriremos el cuidado adicional *solo* si usted lo obtiene de una de estas dos formas:

- Usted va a un proveedor de la red para obtener el cuidado adicional.
- – *o* – el cuidado adicional que usted obtiene se considera "servicio urgentemente necesario" y usted sigue las reglas para obtener este servicio urgente (para más información sobre esto, vea la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Obteniendo servicios en caso de una situación médica urgente

¿Qué son "servicios urgentemente necesarios"?

"Servicio urgentemente necesario" es una situación que no se considera de emergencia, como una enfermedad imprevista, lesión o condición que requiere cuidado médico de inmediato. El servicio urgentemente necesario puede ser provisto por proveedores dentro de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores dentro de la red están temporeramente fuera de su alcance o inaccesibles. La condición imprevista podría ser, por ejemplo, una agudización inesperada de una condición que usted ya sabe que padece**.**

¿Qué pasa si usted está en el área de servicio cuando le surge una necesidad urgente de cuidado?

Usted siempre debe tratar de obtener los servicios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o accesibles temporeramente y no es razonable esperar para obtener la atención de su proveedor de la red cuando esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Por favor contacte la oficina de su PCP si necesita cuidado de urgencia. Puede ser dirigido a obtener servicios un centro de cuidado de urgencia de la red. Puede encontrar una lista de los centros de cuidado de urgencia en el Directorio de Proveedores y Farmacias o en nuestra página de internet en www.mmm-fl.com. Si recibe cuidado de urgencia en la oficina de su médico, pagará el copago de la visita a la oficina; sin embargo, si recibe servicios de cuidado de urgencia en una facilidad de cuidado de urgencia de la red o en una clínica ambulatoria, pagará el copago de centros de cuidado de urgencia, que puede ser diferente. Vea la tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto) en el Capítulo 4 para el copago que aplica para los servicios provistos en una oficina médica, un centro de cuidado de urgencia o una clínica ambulatoria.

¿Qué pasa si usted está fuera del área de servicio cuando le surge una necesidad urgente de cuidado?

Cuando esté fuera del área de servicio y no pueda obtener cuidado de los proveedores de nuestra red, nuestro plan cubrirá el servicio urgentemente necesario que usted obtenga de cualquier proveedor.

Medicare no cubre servicios de cuidado de urgencia ni ningún otro cuidado que se reciba fuera de los Estados Unidos.

Este plan ofrece cobertura de urgencia a nivel mundial.

Sección 3.3 Recibiendo cuidado durante un desastre

Si el Gobernador de Puerto Rico, el Secretario de Salud y Servicios Humanos o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene derecho a cuidado de su plan.

Por favor, visite la siguiente página web: www.mmm-fl.com para información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

En general, si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red bajo el costo compartido de proveedores de la red. Si usted no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, usted puede pedir el despacho de sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Por favor, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué pasa si le facturan directamente por el costo completo de los servicios cubiertos?

Sección 4.1 Usted puede solicitarnos que paguemos la parte del costo que nos corresponde por los servicios cubiertos

Si usted pagó más de lo que le corresponde por servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo completo de los servicios médicos cubiertos, vea el Capítulo 7 (*Cómo solicitarle al plan que pague su parte de una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué debe hacer.

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

MMM Elite cubre todos los servicios médicos que sean médicamente necesarios, que aparezcan en la Tabla de Beneficios Médicos del plan (la Tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este

folleto) y que se obtengan según las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo completo de los servicios que no estén cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos o porque se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene cualquier pregunta sobre si pagaremos o no por un servicio médico o cuidado que esté considerando, tiene derecho a preguntarnos acerca de esto antes de obtener el servicio. Usted tiene derecho de solicitar esto por escrito. Si le notificamos que no cubriremos su servicio, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su cuidado.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura por parte nuestra o quiere apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar a Servicios al Afiliado para obtener más información (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen límites de beneficios, usted pagará el costo completo de cualquier servicio que obtenga después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Para los beneficios que se definen por sus límites en cantidad o gastos, cualquier costo sobre la cobertura descrita no contará para agregarse al máximo de los gastos de bolsillo. Puede llamar a Servicios al Afiliado cuando quiera saber cuánto le falta para agotar su límite de beneficios.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos si usted forma parte de un "estudio de investigación clínica"?

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?

Un estudio de investigación clínica (también conocido como "ensayo clínico") es un medio para que los médicos y otros científicos investiguen nuevos tipos de cuidado médico, por ejemplo, cuán bien funciona un medicamento nuevo contra el cáncer. Ellos prueban nuevos procedimientos de cuidado médico o medicamentos utilizando voluntarios que se presten para ayudar en el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a ver si un nuevo enfoque funciona y si es seguro.

No todos los estudios de investigación científica están disponibles para los afiliados de nuestro plan. Medicare tiene que aprobar el estudio de investigación primero. Si usted participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *será responsable por pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Luego de que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted para darle más detalles y ver si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo la investigación. Usted puede participar en el estudio

siempre y cuando cumpla con los requisitos del mismo *y* comprenda y acepte plenamente lo que implica participar en dicho estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Cuando usted está en un estudio de investigación clínica, puede permanecer afiliado en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su cuidado (el cuidado que no esté relacionado con el estudio) a través de nuestro plan.

Si usted quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* tiene que obtener aprobación de nuestro plan o de su PCP. Los proveedores que le brindarán cuidado como parte del estudio de investigación clínica *no* tienen que pertenecer a nuestra red de proveedores.

Aun cuando usted no necesite permiso del plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe avisarnos antes de que comience su participación en dicho estudio.**

Si piensa participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto) para dejarles saber que estará participando de un ensayo clínico y para averiguar detalles específicos de lo que su plan va a pagar.

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga por qué?

Cuando usted se integra a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio estarán cubiertos, incluyendo:

- Habitación y comida para una hospitalización por la que Medicare pagaría aunque usted no estuviera participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento por los efectos secundarios y las complicaciones a causa del cuidado nuevo.

Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Luego de que Medicare haya pagado su porción del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre los costos compartidos de Medicare Original y sus costos compartidos como afiliado de nuestro plan. Esto quiere decir que usted pagará lo mismo por el servicio que reciba como parte del estudio que lo que pagaría si recibiera dicho servicio a través de nuestro plan.

> *Aquí tiene un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* Digamos que le hacen una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte de un estudio de investigación. Digamos, también, que su parte del costo de esta prueba es $20 bajo Medicare Original, pero la prueba le costaría $10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este caso,

Medicare Original pagaría $80 por la prueba y nosotros pagaríamos los otros $10. De manera que usted pagaría $10, la misma cantidad que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

Para que paguemos nuestra porción de los costos, debe presentar una solicitud de pago. Junto con su solicitud, debe enviarnos copia de sus Resúmenes de Notificaciones de Medicare u otra documentación que refleje los servicios que recibió como parte del estudio y cuánto debe. Por favor vea el Capítulo 7 para más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Cuando usted es parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán por nada de lo que aparece a continuación:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio esté probando a menos que Medicare hubiera cubierto dicho artículo o servicio aunque usted no estuviera participando del estudio.
- Artículos y servicios libres de costo que el estudio le provea a usted o a otros participantes.
- Artículos o servicios provistos solo para recopilar datos, sin ser usados directamente en el cuidado de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagaría por tomografías computadorizadas realizadas mensualmente como parte del estudio si lo normal es que su condición requiera una sola tomografía computadorizada.

¿Quiere saber más?

Puede obtener más información sobre la participación en estudios de investigación clínica en la publicación "Medicare y los Estudios de Investigación Clínica" en la página de Internet de Medicare (https://www.medicare.gov).

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener cuidado en una "institución religiosa no médica para servicios de salud"

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

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un centro que provee cuidado para una condición que generalmente sería tratada en un hospital o institución de enfermería diestra. Si obtener cuidado en un hospital o institución de enfermería diestra está en contra de las creencias religiosas del afiliado, nuestro plan le proveerá cobertura para cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud. Usted puede optar por obtener cuidado médico en cualquier momento y por cualquier razón. Este beneficio se provee solo para

servicios de hospitalización de la Parte A (servicios no médicos de cuidado de salud). Medicare solo pagará por los servicios no médicos de cuidado de salud provistos por instituciones religiosas no médicas para servicios de salud.

Sección 6.2 ¿Qué cuidado de una institución religiosa no médica para servicios de salud está cubierto por nuestro plan?

Para obtener cuidado de una institución religiosa no médica para servicios de salud, usted debe firmar un documento legal que diga que usted, por razones de conciencia, se opone a recibir tratamiento médico "no exceptuado".

- El cuidado o tratamiento médico "no exceptuado" es cualquier cuidado o tratamiento médico que sea voluntario y no requerido por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico "exceptuado" es cuidado o tratamiento médico que *no* es voluntario o que *es requerido* bajo ley federal, estatal o local.

Para que lo cubra nuestro plan, el cuidado que usted obtenga de una institución religiosa no médica de cuidado de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que provea el cuidado debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de servicios que usted reciba de nuestro plan está limitada a los aspectos del cuidado que *no sean religiosos.*
- Si usted recibe servicios de esta institución que le sean provistos en un centro, los siguientes requisitos se aplican:
    - Usted debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos para el cuidado de pacientes hospitalizados o en centros de enfermería diestra.
    - – y – usted debe obtener aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido a la institución o su estadía no se cubrirá.

La cobertura de Servicios de Hospitalización para este plan es ilimitada. Para más información, por favor refiérase al beneficio de Cuidado Hospitalario en la Tabla de Beneficios Médicos que se incluye en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Reglas para convertirse en dueño de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Podrá hacerse dueño del equipo médico duradero después de hacer cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, colchones con sistemas motorizados,

muletas, suplidos para diabéticos, generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenados por un proveedor para uso en el hogar. El afiliado siempre es dueño de ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, hablaremos sobre otros tipos de equipo médico duradero (DME) que se deben alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan cierto tipo de equipo médico duradero (DME) asumen posesión de los mismos después de efectuar copagos por el equipo durante 13 meses. Como afiliado de MMM Elite, sin embargo, usualmente no asumirá posesión del equipo médico duradero (DME) alquilado sin importar la cantidad de copagos que realice por el equipo mientras sea afiliado de nuestro plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos propiedad de la pieza de equipo médico duradero (DME) a usted. Llame a Servicios al Afiliado (los teléfonos aparecen impresos al dorso de este folleto) para preguntar sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proveer.

¿Qué pasa con los pagos que usted hizo por equipo médico duradero si se cambia a Medicare Original?

Si usted no asumió propiedad del equipo médico duradero (DME) mientras estuvo en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos por el equipo luego de cambiarse a Medicare Original para poder convertirse en dueño del mismo. Los pagos que hizo como afiliado de nuestro plan no contarán para cumplir con estos 13 pagos consecutivos.

Si usted realizó menos de 13 pagos por el artículo de equipo médico duradero (DME) bajo Medicare Original *antes* de afiliarse a nuestro plan, sus pagos previos tampoco contarán para cumplir con los 13 pagos consecutivos. Usted tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos luego de regresar a Medicare Original para ser dueño del artículo. No hay excepciones en este caso de usted regresar a Medicare Original.

CAPÍTULO 4

Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Entienda lo que usted paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 63

Sección 1.1 ¿Qué tipos de costos le corresponde pagar de su bolsillo por sus servicios cubiertos? 63

Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y B de Medicare? 63

Sección 1.3 Nuestro plan no les permite a los proveedores que le hagan "facturación de saldos" 64

SECCIÓN 2 Use esta *Tabla de Beneficios* para saber qué incluye su cobertura y cuánto usted pagará 65

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como afiliado del plan 65

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos bajo el plan? 105

Sección 3.1 Tipos de servicios que *no cubrimos* (exclusiones) 105

SECCIÓN 1 Entienda lo que usted paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo trata sobre los servicios que están cubiertos y lo que usted paga por estos servicios. Este incluye una Tabla de Beneficios Médicos que enumera sus servicios cubiertos y le muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como afiliado de MMM Elite. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También le explica sobre los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 ¿Qué tipos de costos le corresponde pagar de su bolsillo por sus servicios cubiertos?

Para entender la información de pagos que le brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que usted podría pagar de su bolsillo por sus servicios cubiertos.

- Un **"copago"** quiere decir que usted paga una cantidad fija cada vez que recibe un servicio médico. Usted hace un copago al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de Beneficios que aparece en la Sección 2 le informará más sobre sus copagos.)
- **"Coaseguro"** quiere decir que usted paga un porcentaje del costo total de un servicio médico. Usted paga un coaseguro al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de Beneficios que aparece en la Sección 2 le informará más sobre sus coaseguros.)

La mayoría de las personas que cualifican para los programas de Medicaid o para el programa QMB (Beneficiario Cualificado de Medicare) nunca deben pagar deducibles, copagos o coaseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su evidencia de Medicaid o su elegibilidad para QMB, si aplica. Si usted piensa que le están pidiendo pagar incorrectamente, comuníquese con Servicios al Afiliado.

Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y B de Medicare?

Como usted está afiliado a un plan Medicare Advantage, existe un límite sobre cuánto tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que estén cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare dentro de la red (vea la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se llama el costo máximo de bolsillo por servicios médicos.

Como afiliado de MMM Elite, la cantidad máxima que pagará de su bolsillo en el 2019 por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red es $3,400. Las cantidades que pague en copagos y coaseguros por servicios cubiertos en la red cuentan para esa cantidad máxima de su bolsillo. (Las cantidades que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para alcanzar la cantidad máxima de bolsillo.) Además, las cantidades que usted paga por los beneficios suplementarios mencionados a continuación no cuentan para la cantidad máxima de bolsillo. Estos servicios incluyen:

- Servicios quiroprácticos – solo rutinarios suplementarios
- Servicios ambulatorios de sangre (se exime el deducible de 3 pintas)
- Artículos OTC
- Servicios dentales preventivos – solo rutinarios suplementarios
- Servicios dentales comprensivos – diagnósticos, restaurativos, extracciones, prostodoncia y otros servicios de cirugía maxilofacial
- Servicios médicos de emergencia y urgencia (solo cobertura mundial adicional)
- Programas de comidas – Luego de un alta hospitalaria
- Programas de educación sobre la salud y el bienestar
- Programa de acondicionamiento físico
- Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS, por sus siglas en inglés)
- Servicios de audición – solo rutinarios suplementarios
- Aparatos auditivos
- Servicios podiátricos – solo rutinarios suplementarios
- Servicios de transportación – solo rutinarios suplementarios
- Servicios de visión – solo rutinarios suplementarios
- Espejuelos- suplementario
- Medicamentos excluidos de la Parte D

Si llega a la cantidad máxima de costos de su bolsillo de $3,400, no tendrá que pagar costos de su bolsillo en lo que reste del año por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. Sin embargo, tendrá que seguir pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que su prima de la Parte B sea pagada por Medicaid o por terceros).

Sección 1.3 Nuestro plan no les permite a los proveedores que le hagan "facturación de saldos"

Como afiliado de MMM Elite, una protección importante para usted es que usted solo tiene que pagar su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores añadan cargos adicionales por separado, lo que se conoce como "facturación de saldos". Esta protección (el que usted nunca pagará más que 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 gastos de proveedores.

Aquí incluimos un ejemplo de cómo funciona esta protección.

- Si la parte que le toca pagar es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, $15.00), usted solo paga esa cantidad por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.

- Si la parte que le toca pagar es un coaseguro (un porcentaje de los gastos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que vea:

- Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).

- Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando usted obtiene un referido).

- Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando usted obtiene un referido).

- Si usted entiende que le han hecho una "facturación de saldos", llame a Servicios al Afiliado (los teléfonos están impresos al dorso de este folleto).

SECCIÓN 2 Use esta *Tabla de Beneficios* para saber qué incluye su cobertura y cuánto usted pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como afiliado del plan

La Tabla de Beneficios Médicos que aparece en las siguientes páginas presenta los servicios que MMM Elite cubre y lo que usted pagará de su bolsillo por cada servicio. Los servicios que incluye la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben ser provistos de acuerdo con las guías de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo cuidado médico, servicios, suministros y equipo) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y que cumplen con los parámetros aceptables dentro de la práctica médica.
- Usted recibe su cuidado de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierto. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) que le brinda y supervisa su cuidado. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle autorización por adelantado para que pueda visitar otros proveedores en la red del plan. A esto se le llama

"referido". El Capítulo 3 provee más información sobre cómo obtener un referido y las situaciones en que usted no necesita un referido.

- Algunos de los servicios detallados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene aprobación por adelantado (a veces se le llama "preautorización") de parte nuestra. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están resaltados en **negrilla** en la Tabla de Beneficios Médicos.

Otros puntos importantes que debe conocer sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Por algunos de estos beneficios, usted paga más en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Por otros beneficios, paga menos. (Si desea conocer más sobre la cobertura y costos de Medicare Original, vea su folleto *Medicare & Usted 2019*. Accédalo por Internet en https://www.medicare.gov o pida su copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)
- Por todos los servicios preventivos que son cubiertos bajo Medicare Original sin ningún costo, nosotros también cubriremos el servicio sin ningún costo para usted. Sin embargo, si además recibe tratamiento o control de una condición médica cuando recibe este servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la condición médica existente.
- En ocasiones, Medicare añade cobertura bajo Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si durante el 2019 Medicare añade cobertura para cualquier servicio, Medicare o su plan cubrirán esos servicios.

Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Detección de aneurisma aórtico abdominal Una sola ecografía de detección para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene un referido de su médico, asistente médico, enfermera o especialista clínico.	No hay coaseguro, copago o deducible para afiliados elegibles para este examen preventivo.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
• **Puede requerir referido de su PCP.**	
Servicios de Ambulancia • Servicios de ambulancia cubiertos incluyen ala fija, ala rotatoria y los servicios de ambulancia terrestre, al centro apropiado más cercano que pueda proporcionar la atención, sólo si se proporciona a un afiliado cuya condición médica es tal que otros medios de transportación podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan. • Transportación de no-emergencia por ambulancia es apropiada si se documenta que la condición del afiliado es tal que otros medios de transportación podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. • **Reglas de autorización aplican, excepto para cuidado de emergencia.**	Ambulancia de emergencia **$175** de copago por día de servicio independientemente del número de viajes Ambulancia no-emergencia **$175** de copago por día de servicio independientemente del número de viajes Ambulancia aérea cubierta por Medicare **$175** de copago por cada servicio de transportación vía ambulancia aérea cubierta por Medicare No tendrá que pagar el copago si es admitido al hospital.
Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, usted puede coordinar una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera visita anual de bienestar no puede coordinarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva de "Bienvenida a Medicare". Sin embargo, no es necesario haber tenido una visita de "Bienvenida a Medicare" para estar cubierto para la visita anual de bienestar después de haber tenido la Parte	No hay coaseguro, copago ni deducible por la visita anual de bienestar.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
B durante 12 meses. • **Puede requerir referido de su PCP.**	
Medida de densidad de masa ósea Para los individuos que cualifiquen (generalmente, esto se refiere a las personas en riesgo de perder masa de los huesos o de padecer de osteoporosis), los siguientes servicios estarán cubiertos cada 24 meses o más frecuentemente si fuera médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida de hueso o determinar la calidad del hueso, incluyendo la interpretación de los resultados por un médico. • **Puede requerir referido de su PCP.**	No hay coaseguro, copago o deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.
Detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre las edades de 35 y 39 • Una mamografía cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses • **Puede requerir referido de su PCP.**	No hay coaseguro, copago o deducible para la detección de cáncer de mama (mamografía).
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y consejería están cubiertos para los afiliados que cumplen con determinadas condiciones con el referido de un médico. El plan también cubre los programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación	Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare **$15** de copago

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
cardíaca. • **Requiere referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare **$15** de copago
Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita al año con su médico primario para ayudarle a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablarle sobre el uso de aspirina (si procede), verificar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que está comiendo saludablemente. • **Puede requerir referido de su PCP.**	No hay coaseguro, copago o deducible para visita preventiva de terapia conductual intensiva de enfermedades cardiovasculares.
Prueba de condiciones cardiovasculares Pruebas de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o irregularidades asociadas con el riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses). • **Puede requerir referido de su PCP.**	No hay coaseguro, copago o deducible por pruebas de condiciones cardiovasculares, que son cubiertas una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene un riesgo alto de padecer cáncer del cuello del útero o cáncer vaginal o si está en edad fértil y si su prueba del Papanicolaou dio resultados anormales dentro de los pasados 3 años: una prueba de	No hay coaseguro, copago o deducible por pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Papanicolaou cada 12 meses. • **Puede requerir referido de su PCP.**	
Servicios Quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • La manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación. **Servicios Quiroprácticos- Suplementarios** Además, usted es elegible para: • Hasta doce **(12)** visitas suplementarias auto-referidas para servicios quiroprácticos rutinarios por año.	Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare **$0** de copago por visita Servicios quiroprácticos suplementarios **$0** de copago por visita
Examen para la detección del cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, lo siguiente está cubierto: • La sigmoidoscopía flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses • Uno de los siguientes, cada 12 meses: • Análisis de sangre oculta en excreta con guayacol (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Examen colorrectal basado en ADN cada 3 años Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Prueba diagnóstica de colonoscopía (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. Para las personas que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal,	No hay coaseguro, copago o deducible por la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Enema de bario cubierta por Medicare **$0** de copago

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
cubrimos: • Una colonoscopía cada 10 años (120 meses), pero no dentro de 48 meses después de una sigmoidoscopía de detección. • **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos: **Servicios Dentales cubiertos por Medicare** Servicios cubiertos por Medicare, como ciertos servicios dentales que usted recibe cuando está en un hospital si necesita procedimientos dentales complicados o de emergencia. Este plan ofrece beneficios dentales adicionales no cubiertos por Medicare Original. **Servicios Dentales Preventivos y Diagnósticos-Suplementario** • Hasta dos **(2)** evaluaciones orales cada año • Hasta dos **(2)** profilaxis oral (limpieza dental) cada año • Hasta un **(1)** tratamiento de fluoruro cada año • Hasta tres **(3)** radiografías dentales cada año • Hasta dos **(2)** servicios de diagnóstico cada seis **(6)** meses	Servicios dentales cubiertos por Medicare **$0** de copago Servicios dentales preventivos y diagnósticos suplementarios: Evaluaciones orales **$0** de copago Profilaxis (Limpieza) **$0** de copago Tratamiento de fluoruro **$0** de copago Radiografías dentales **$0** de copago Servicios diagnósticos **$0** de copago Servicios dentales comprensivos suplementarios: Servicios de restauración **$0** de copago

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Servicios Dentales Comprensivos- Suplementario **Servicios de restauración:** Hasta dos **(2)** restauraciones en amalgama, resina o su reemplazo cubiertas en dientes anteriores y bicúspides cada año. **Servicios de prostodoncia, cirugía oral y maxilofacial:** Extracciones están cubiertas una vez de por vida por cuadrante. Servicios de prostodoncia cubiertos hasta un **(1)** juego completo o dentadura parcial cada cinco **(5)** años. Servicios de reparación de dentadura, incluyendo servicios relacionados con la reparación de dentaduras existentes completas o parciales cubiertos. Algunos servicios dentales requieren autorización previa para ser cubiertos. Otros servicios dentales pueden estar sujetos a limitaciones. Favor contactar Servicios al Afiliado para información adicional sobre sus beneficios. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Extracciones **$0** de copago Prostodoncia, cirugía oral y maxilofacial **$0** de copago
Prueba diagnóstica de depresión Cubrimos una evaluación de depresión por año. El examen debe realizarse en un entorno de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o referidos. • **Puede requerir referido de su PCP.**	No hay coaseguro, copago o deducible por la visita anual de detección de depresión.
Prueba diagnóstica de diabetes Cubrimos esta prueba (incluye prueba de glucosa en ayunas) si usted tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales	No hay coaseguro, copago o deducible por las pruebas de detección de diabetes

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o historial de altos niveles de azúcar (glucosa) en la sangre. Las pruebas también pueden ser cubiertas si usted cumple con otros requisitos, como estar sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. En base a los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para un máximo de dos pruebas diagnósticas de diabetes cada 12 meses. • **Puede requerir referido de su PCP.**	cubiertas por Medicare.
Adiestramiento para el auto-manejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para monitorear la glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que padecen de la enfermedad del pie diabético severo: Un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida por año calendario (incluyendo las plantillas que vienen con estos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas removibles, no personalizadas, que vienen con estos zapatos). La cubierta incluye el ajuste. • El adiestramiento para auto-manejo de la diabetes está cubierto bajo ciertas condiciones. • **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Adiestramiento para el auto-manejo de la diabetes cubierto por Medicare **0%** de coaseguro Servicios y suministros de diabetes: Suministros de diabetes manufacturados por un proveedor contratado **0%** de coaseguro Otros suministros de diabetes **20%** de coaseguro Zapatos terapéuticos y/o plantillas cubiertas por Medicare **20%** de coaseguro

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés) y suministros relacionados (Para una definición de "equipo médico duradero", véase el Capítulo 12 de este folleto). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, colchones con sistemas motorizados, suplidos para la diabetes, camas de hospital ordenadas por su médico para el uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no dispone de una marca o fabricante específico, usted puede preguntar si pueden hacer un pedido especial para usted. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Beneficios cubiertos por Medicare: Suplido de equipo médico duradero **0%** de coaseguro Silla de ruedas **0%** de coaseguro Cama de hospital uso en el hogar **0%** de coaseguro Silla de rueda motorizada **20%** de coaseguro Otro equipo médico duradero **0%** de coaseguro
Cuidado de emergencia Servicios de emergencia se refiere a los servicios que son: • Provistos por un proveedor cualificado para ofrecer servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente y con conocimientos básicos de salud y medicina consideran que sus síntomas médicos requieren atención inmediata para evitar pérdida de vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos podrían ser a causa de enfermedad, lesión, dolor agudo, o una condición que	Servicios de emergencia cubiertos por Medicare **$55** de copago por visita a sala de emergencia De ser admitido al hospital dentro de 24-horas por la misma condición, paga **$0** por la visita a la sala de emergencia. Servicios de emergencia mundial suplementarios **$0** de copago por visita a la

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
se deteriora rápidamente. El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios provistos fuera de la red es igual al costo por los servicios provistos dentro de la red. Este plan incluye beneficio suplementario para visitas de cuidado de emergencia/urgencia mundial. Si usted tiene una emergencia fuera de los EE.UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por los servicios prestados por adelantado. Usted debe enviar la solicitud a MMM de FL para obtener un reembolso, para obtener más información consulte el Capítulo 7. No podemos reembolsarle todos los gastos de bolsillo. Esto se debe a que las tarifas de los proveedores contratados pueden ser más bajas que las de los proveedores fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	sala de emergencia **$50,000** de límite de cobertura de beneficios del plan para servicios de emergencia a nivel mundial fuera de los EE.UU. cada año. Si recibe cuidados de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria luego de que su condición de emergencia se haya estabilizado, debe regresar a un hospital de la red para que su cuidado siga estando cubierto *O* debe obtener autorización del plan para recibir el cuidado hospitalario en el hospital fuera de la red y su costo compartido será igual que el que pagaría en un hospital de la red.
Programa de Acondicionamiento Físico- Suplementario Usted es elegible para: • **Membresía para servicios basicos en una facilidad de gimnasio** participante, o solicitar un programa de bienestar físico en el hogar. Entrenadores personales o coach para sus intervenciones en el hogar no esta cubierto. Favor contactar Servicios al Afiliado para información adicional sobre sus beneficios.	Servicio de acondicionamiento físico suplementario **$0** de copago

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Programas de educación sobre la salud y el bienestar Son programas que se enfocan en condiciones de salud como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales. Los programas diseñados para enriquecer la salud y estilos de vida de los afiliados incluyen control de peso, acondicionamiento físico y manejo del estrés. El plan cubre los siguientes beneficios de educación en salud y bienestar: • Materiales impresos de educación en salud • Adiestramiento nutricional / dietético beneficios (Ambas sesiones (Individual y Grupal)	Programas de educación sobre la salud y el bienestar **$0** de copago
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de audición y de equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado ambulatorio cuando son provistas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. **Servicios de audición- Suplementario** Además, usted es elegible para: • Un **(1)** examen rutinario de audición suplementario por año; • Hasta **$1,500** cada año para ser usados para la compra de aparatos auditivos para ambos oídos- combinados; • Un **(1)** ajuste/evaluación de aparato auditivo suplementario por año. • **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Servicios de audición cubiertos por Medicare **$0** de copago Servicios de examen auditivo suplementario **$0** de copago Beneficio de aparatos auditivos suplementario **$0** de copago Servicios de ajuste/evaluación de aparato auditivo suplementario **$0** de copago

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que están en mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo • **Puede requerir referido de su PCP.**	No hay coaseguro, copago o deducible para beneficiarios elegibles a la detección preventiva de VIH cubierta por Medicare.
Servicios de salud en el hogar por agencias de cuidado de salud Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted los necesita y ordenará que una agencia de atención médica a domicilio preste dichos servicios. Usted debe estar confinado a su hogar, lo que significa que salir de su hogar representa un esfuerzo considerable. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios de enfermería diestra a tiempo parcial o intermitente y servicios de ayudante de salud a domicilio. (Para estar cubierto bajo el beneficio de atención médica a domicilio, los servicios combinados de enfermería diestra y los servicios de ayudante de salud en el hogar deben 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 • **Puede requerir referido de su PCP.**	Servicios de salud en el hogar por agencias de cuidado de salud **$0** de copago

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
• **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Cuidado de hospicio Podrá recibir cuidado de salud de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando el médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos para vivir si la enfermedad sigue su curso normal. 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 para aliviar el dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidado en el hogar <u>Para los servicios de hospicio y para los servicios que están cubiertos por Medicare Partes A y B, y están relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará por sus servicios de hospicio relacionados con su diagnóstico terminal. Mientras usted está en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio le facturará a Medicare Original por los servicios que paga Medicare Original. <u>Para los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B y que no están relacionados con su diagnóstico terminal</u>: Si usted necesita servicios que no son de emergencia o de urgencia que están cubiertos bajo Medicare Parte A o B y que no están relacionados con su diagnóstico terminal, el costo de estos servicios dependerá de si usted utiliza un proveedor dentro de la red de nuestro plan: • Si usted obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted sólo paga el costo compartido para los servicios dentro de la red	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de las Partes A y B relacionados con su diagnóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por **MMM Elite** Las consultas de hospicio forman parte del Cuidado Hospitalario. Costo compartido de servicios médicos para consultas ambulatorias pueden aplicar.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
• Si usted obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido bajo "Pago por Servicio" de Medicare (Medicare Original) Para los servicios que están cubiertos por **MMM Elite** pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B: **MMM Elite** continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, estén o no estén relacionados con su condición terminal. Usted paga su cantidad de copago por estos servicios. Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Parte D del plan: Los medicamentos nunca estarán cubiertos por hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para más información, refiérase al Capítulo 5, Sección 9.4 (¿Qué pasa si usted está en un hospicio certificado por Medicare?) **Nota:** Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio (cuidado que no está relacionado con su condición terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre los servicios de consulta en el hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio.	
Vacunaciones Los servicios cubiertos por Medicare Parte B incluyen: • Vacuna contra la pulmonía • Vacunas contra la influenza, cada temporada de influenza, en otoño e invierno, con vacunas adicionales si son médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B si está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las normas de cubierta de Medicare Parte B También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de	No hay coaseguro, copago o deducible por vacunas de pulmonía, influenza y hepatitis B.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
medicamentos recetados de la Parte D. • **Puede requerir referido de su PCP.**	
Cuidado hospitalario Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de cuidado prolongado y otros servicios de hospitalización. El cuidado hospitalario para pacientes internados comienza el día que ingresa formalmente al hospital con una orden médica. El día antes de que le den el alta es su último día de hospitalización. El plan cubre un número ilimitado de días para estadía hospitalaria. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semi-privada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Alimentos, incluyendo dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de cuidados especiales (como cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • El uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de sala de operaciones y de recuperación • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplante están cubiertos: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre e intestinal/multivisceral. Si usted necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por	<u>Servicios recibidos en un hospital de la red</u> Su costo compartido aplica el día de la admisión. **$0** de copago por admisión o estadía Si recibe cuidados hospitalarios autorizados en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se estabilizó, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Medicare, el cual decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros proveedores de trasplantes de la red están fuera del patrón de cuidado comunitario, usted puede escoger quedarse localmente, siempre y cuando el proveedor local de trasplante esté dispuesto a aceptar las tarifas de Medicare Original. Si **MMM Elite** ofrece 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 alejada de su comunidad, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de transportación y alojamiento adecuados para usted y un acompañante. • Sangre - incluyendo almacenaje y administración. La cubierta de sangre entera, glóbulos rojos empaquetados y todos los demás componentes de la sangre comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Servicios médicos **Nota:** Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe hacer una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía puede ser considerado un paciente "ambulatorio". Si usted no está seguro si es un paciente internado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja educativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente internado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la página de Internet: http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana. • **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización aplican excepto en caso de**	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
emergencia.	
Cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados • Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. • El plan cubre, de por vida, hasta 190 días de hospitalización para cuidados de salud mental en un hospital psiquiátrico. • El límite de cuidado hospitalario no aplica a los servicios de salud mental proporcionados en un hospital general. Nuestro plan cubre 90 días de cuidado hospitalario. • Además, nuestro plan cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "extra" que cubrimos. Si su estadía es mayor a 90 días, puede usar estos días extra. Pero, cuando haya utilizado esos 60 días extra, su cubierta hospitalaria estará limitada a 90 días. • **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización aplican excepto en caso de emergencia.**	<u>Servicios recibidos en un hospital de la red</u> Su costo compartido aplica el día de la admisión. **<u>Días 1-5</u>** **$0** de copago por admisión o estadía **<u>Días 6-20</u>** **$75** de copago por admisión o estadía **<u>Días 21-90</u>** **$0** de copago por admisión o estadía
Estadía hospitalaria: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en una institución de enfermería diestra (SNF, por sus siglas en inglés) durante una hospitalización no cubierta El plan cubre un número ilimitado de días de hospitalización y hasta 100 días de cuidado en una institución de enfermería diestra (SNF). Si usted ha agotado sus beneficios de hospitalización o si su hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que usted reciba durante su estadía en el hospital o la institución de enfermería diestra (SNF).	<u>Servicios Médicos</u> Favor hacer referencia a la sección "Servicios médicos/profesionales, incluyendo visitas a la oficina del médico" en esta tabla. <u>Servicios diagnósticos y de radiología, Vendajes y Férulas</u> Favor hacer referencia a la sección "Pruebas ambulatorias de diagnóstico

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios médicos • Exámenes de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Rayos X, radioterapia y terapia de isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Prótesis y dispositivos ortopédicos (no dentales) que reemplacen todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluyendo el tejido contiguo) o la totalidad o parte de la función de un órgano interno permanentemente inoperante o que presenta un mal funcionamiento, incluyendo el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello; bragueros (*trusses*); piernas, brazos u ojos artificiales, incluyendo ajustes, reparaciones y reemplazos requeridos debido a rotura, desgaste, pérdida o cambios en la condición física del paciente • Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional • **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización aplican excepto en caso de emergencia.**	y artículos y servicios terapéuticos" en esta tabla. <u>Equipo médico duradero y suministros relacionados</u> Favor hacer referencia a la sección "Equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés) y suministros relacionados" en esta tabla. <u>Prostéticos, dispositivos ortopédicos y suplidos médicos/terapéuticos para pacientes ambulatorios</u> Favor hacer referencia a la sección "Prótesis y suministros relacionados" en esta tabla. <u>Servicios de terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional</u> Favor hacer referencia a la sección "Servicios ambulatorios de rehabilitación" en esta tabla.
Programa de comidas (Luego de un alta hospitalaria) - Suplementario Usted es elegible para: • Hasta dos **(2)** comidas nutritivas por día, por cinco **(5)** días, sin cargo adicional, luego de una estadía en un hospital o en una institución de enfermería diestra (SNF). Una caja de diez **(10)** comidas nutritivas y pre-	<u>Servicio suplementario de comidas luego de un alta hospitalaria</u> **$0** de copago

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
confeccionadas será entregada en su hogar. • La entrega de las comidas será coordinada de acuerdo con sus necesidades médicas, diagnóstico y/o recomendación de su proveedor. • Programa de comidas limitado a cuatro **(4)** veces por año calendario. Favor contactar Servicios al Afiliado para información adicional sobre sus beneficios. • **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Terapia nutricional médica Para las personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero que no están bajo tratamiento de diálisis) y después de un trasplante de riñón cuando sea ordenado por su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de consejería individual durante el primer año en que usted reciba servicios de terapia nutricional médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y posteriormente 2 horas cada año. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico tiene que recetar estos servicios y renovar la orden anualmente si su tratamiento es necesario al comenzar el siguiente año calendario. • **Puede requerir referido de su PCP.**	No hay coaseguro, copago o deducible para beneficiarios elegibles para servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Programa de Prevención de Diabetes de Medicare **(MDPP, por sus siglas en inglés)** Los servicios del Programa de Medicare para la Prevención de la Diabetes (MDPP, por sus siglas en inglés) estarán cubiertos para beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare. MDPP en una intervención estructurada para cambios de hábitos de salud que proporciona entrenamiento para un cambio dietético a largo plazo, aumento de actividad física, y estrategias para vencer los retos de mantener la pérdida del peso y un estilo de vida sano. • **Puede requerir referido de su PCP.**	No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio del Programa de Medicare para la Prevención de la Diabetes (MDPP, por sus siglas en inglés).
Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos bajo la Parte B de Medicare Original. Los afiliados de nuestro plan reciben cubierta para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que generalmente no son auto administrados por el paciente y se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, servicios ambulatorios de un hospital o ambulatorios en un centro quirúrgico • Medicamentos que toma usando equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de coagulación que usted se aplica por inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento de recibir un trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, en caso de que no pueda salir de su casa, tenga una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la	Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare **20%** de coaseguro Otros medicamentos de la Parte B: Inyecciones de hialuronato sódico, medicamentos de inhalación por medio de nebulizador y la inyección intravítrea bevacizumab (Avastin) **0%** de coaseguro Otros medicamentos de la Parte B de Medicare e inyectables **20%** de coaseguro

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
osteoporosis posmenopáusica y no puede auto-administrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluyendo las normas que debe seguir para que las recetas sean cubiertas. El Capítulo 6 explica lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan. Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Prueba de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida sostenida de peso Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos consejería intensiva para ayudarle a perder peso. Esta consejería está cubierta si usted la recibe en un centro de atención primaria, donde se le pueda coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información. • **Puede requerir referido de su PCP.**	No hay coaseguro, copago o deducible por terapia de prevención y manejo de obesidad.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Pruebas ambulatorias de diagnóstico y artículos y servicios terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Rayos X • Radiación (radio e isótopos), la terapia incluye los materiales y suplidos del técnico • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre - incluyendo almacenaje y administración. La cubierta de sangre entera, glóbulos rojos empaquetados y todos los demás componentes de la sangre comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios • **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Procedimientos y pruebas diagnósticas cubiertas por Medicare: Sus costos por procedimientos y pruebas diagnósticas pueden variar dependiendo de la facilidad donde el servicio sea recibido. Servicios recibidos en una facilidad ambulatoria independiente **$0** de copago Servicios recibidos en una facilidad hospitalaria **$25** de copago Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare **$0** de copago Servicios de rayos X cubiertos por Medicare: Sus costos por servicios de rayos X pueden variar dependiendo de la facilidad donde el servicio sea recibido. Servicios recibidos en una facilidad ambulatoria independiente **$0** de copago

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
	Servicios recibidos en una facilidad hospitalaria **$20** de copago Servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare Sus costos por radiología terapéutica pueden variar dependiendo de la facilidad donde el servicio sea recibido. Servicios recibidos en una facilidad ambulatoria independiente **$0** de copago Servicios recibidos en una facilidad hospitalaria **$25** de copago Servicios diagnósticos de radiología cubiertos por Medicare: Sus costos por servicios diagnósticos de radiología pueden variar dependiendo de la facilidad donde el servicio sea recibido. Servicios recibidos en una facilidad ambulatoria independiente **$0** de copago Servicios recibidos en una facilidad hospitalaria **$100** de copago

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
	Servicios de sangre cubiertos por Medicare **$0** de copago Suplidos médicos cubiertos por Medicare **0%** de coaseguro
Servicios ambulatorios en el hospital Cubrimos servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, incluyendo servicios de observación o de cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y diagnósticas facturadas por el hospital • Cuidado de salud mental, incluyendo la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que si no se brinda sería necesario tratamiento hospitalario • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede auto-administrarse **Nota:** A menos que el proveedor haya hecho una orden para su admisión como paciente hospitalizado en un hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades del costo compartido por los servicios ambulatorios del hospital. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía puede ser considerado paciente "ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja educativa	Servicios cubiertos por Medicare en facilidades hospitalarias para pacientes ambulatorios **$100** de copago por visita Servicios de observación cubiertos por Medicare **$100** de copago por servicios de observación 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 facilidades ambulatorias del hospital y en centros de cirugía ambulatoria" en esta tabla. Laboratorios y pruebas diagnósticas, rayos x, servicios de radiología y suplidos médicos Favor hacer referencia a la sección "Pruebas

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
de Medicare llamada "¿Es usted un paciente internado o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en la página de Internet http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana. • **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	ambulatorias de diagnóstico y artículos y servicios terapéuticos" en esta tabla. Cuidado de salud mental y hospitalización parcial Favor hacer referencia a la 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 contra el abuso 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.
Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental provistos por un médico o psiquiatra con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero especializado, asistente médico u otro profesional de cuidado de salud mental cualificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.	Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare: Visitas al Psiquiatra **$10** de copago por cada sesión de terapia individual **$10** de copago por cada

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
• **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	sesión de terapia grupal Visitas a Otros Especialistas **$10** de copago por cada sesión de terapia individual **$10** de copago por cada sesión de terapia grupal
Servicios ambulatorios de rehabilitación Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia del lenguaje y habla. Los servicios de rehabilitación ambulatoria se ofrecen en varios centros ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros Integrados de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés). • **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Servicios de terapia ocupacional cubiertos por Medicare **$10** de copago Servicios de terapia física o del habla y/o lenguaje cubiertos por Medicare: Sus costos por servicios de terapia física o del habla y/o lenguaje pueden variar dependiendo de la facilidad donde el servicio sea recibido. Servicios recibidos en oficina médica **$0** de copago Servicios recibidos en una facilidad ambulatoria independiente **$10** de copago

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Servicios ambulatorios contra el abuso de sustancias El plan cubre visitas individuales y grupales para el tratamiento contra el abuso de sustancia. • **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Servicios ambulatorios contra el abuso de sustancias cubiertos por Medicare **$10** de copago por cada visita de terapia individual **$10** de copago por cada visita de terapia grupal
Cirugías ambulatorias, incluyendo los servicios provistos en facilidades ambulatorias del hospital y en centros de cirugía ambulatoria **Nota:** Si usted es operado en un hospital, debe verificar con su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya hecho una orden para su admisión como paciente hospitalizado en un hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades del costo compartido para los servicios de cirugía ambulatoria. Aun si usted permanece en el hospital durante la noche, todavía puede ser considerado como un paciente "ambulatorio". • **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Servicios en Centro de Cirugía Ambulatoria cubiertos por Medicare **$25** de copago Servicios en facilidades ambulatorias cubiertos por Medicare **$100** de copago Servicios de observación cubiertos por Medicare **$100** de copago por servicios de observación
Medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC, por sus siglas en inglés)- Suplementario Usted es elegible para: Hasta **$150** cada tres **(3)** meses para ser usados en la compra de artículos fuera del recetario (OTC, por sus siglas en inglés) de salud y bienestar que incluyen: 1. Vitaminas y minerales 2. Suplidos de primeros auxilios 3. Suplementos de fibra 4. Remplazo de hormonas	Medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC, por sus siglas en inglés) suplementarios **$0** de copago

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
5. Artículos para la pérdida de peso 6. Medicamentos, ungüentos y aerosol con ingredientes médicos activos para el alivio de síntomas 7. Cuidado de la boca 8. Protector solar tópico 9. Artículos de soporte para la comodidad 10. Suplidos de incontinencia (pañales de adultos o pads) y/o; 11. Monitor de presión arterial para pruebas y monitoreo en el hogar. Los artículos que se cubren están limitados a aquellos artículos consistentes a las guías de CMS y a los productos aprobados en el formulario de OTC del plan. Estos artículos pueden ser artículos elegibles o de propósito dual. Los artículos de propósito dual solo podrán ser adquiridos luego de una consulta verbal con y recomendación de su proveedor. Artículos de OTC solo podrán ser adquiridos para el uso personal del afiliado. Usted debe 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. Favor contactar Servicios al Afiliado para información adicional sobre sus beneficios.	
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto de forma ambulatoria en un hospital o en un centro de salud mental de la comunidad, que es más intensivo que el cuidado de salud que recibiría en la oficina de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización del paciente. • **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Servicios de hospitalización parcial **$0** de copago

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Sistema de Respuesta de Emergencia (PERS, por sus siglas en inglés)- Suplementario El beneficio del Sistema de respuesta de emergencia personal proporciona un dispositivo para el hogar a fin de notificar al personal adecuado una emergencia (por ejemplo, una caída). Necesidad médica debe ser demostrada para ser elegible a este beneficio. Favor contactar Servicios al Afiliado para información adicional sobre sus beneficios. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Instalación de PERS suplementario **$0** de copago Cargo mensual de monitoreo de PERS suplementario **$25** de copago mensual
Servicios médicos/terapéuticos, incluyendo las visitas a la oficina del médico Los servicios cubiertos incluyen: • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios recibidos en el consultorio de un médico, centro certificado de cirugía ambulatoria, departamento ambulatorio de un hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista, si su médico lo ordena para ver si usted necesita un tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, incluyendo consultas, diagnóstico y tratamiento por un médico o profesional para pacientes en algunas áreas rurales o en otros lugares aprobados por Medicare • Segunda opinión por otro proveedor de la red antes de una cirugía • Servicios dentales no-rutinarios (los servicios cubiertos están limitados a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación contra cáncer	Servicios de Proveedor de Cuidado Primario (PCP) **$0** de copago por visita Servicios de Especialistas **$10** de copago por visita Servicios de Otros profesionales de la salud **$0** de copago por visita

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
neoplásico, o servicios que estarían cubiertos si los provee un médico) • **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Servicios Podiátricos Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo de martillo o espolón en el talón) • Cuidado rutinario de los pies para los afiliados con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores **Servicios Podiátricos- Suplementario** Además, usted es elegible para: • Hasta doce **(12)** visitas suplementaria auto- referidas cada año para los siguientes servicios podiátricos: o Tratamiento de pies planos u otra desalineación estructural de los pies o Extracción de callos o Extracción de verrugas o Extracción de callosidades Cuidado higiénico	Servicios podiátricos cubiertos por Medicare **$0** de copago por visita Servicios podiátricos suplementarios **$0** de copago por visita
Pruebas de detección de cáncer de próstata Los siguientes servicios están cubiertos una vez cada 12 meses para hombres de 50 años o más: • Examen rectal digital	No hay coaseguro, copago o deducible por la prueba de PSA anual. Examen rectal digital **$0** de copago por un examen rectal digital anual

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Prueba de Antígeno Prostático Específico (PSA, por sus siglas en inglés) • **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Prótesis y suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplacen parcial o totalmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de una colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluyendo un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos materiales relacionados con prótesis y la reparación y/o reemplazo de las mismas. También incluye alguna cubierta después de la extracción o cirugía de cataratas. Para más detalles, consulte "Cuidado de la Visión" en esta sección. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Aparatos prostéticos cubiertos por Medicare **0%** de coaseguro Suplidos médicos cubiertos por Medicare **0%** de coaseguro
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los afiliados que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), de moderada a muy severa, y un referido para la rehabilitación pulmonar de parte del médico que está tratando la enfermedad respiratoria crónica. • **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare **$0** de copago

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Diagnóstico y consejería para reducir el consumo excesivo de alcohol Cubrimos un diagnóstico de abuso de alcohol para adultos que tienen Medicare (incluyendo mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes del alcohol. Si da positivo al uso indebido del alcohol, usted puede recibir hasta 4 sesiones breves de consejería en persona por año (si puede estar competente y alerta durante la consejería), provistas por un profesional o médico primario cualificado en un centro de atención primaria. • **Puede requerir referido de su PCP.**	No hay coaseguro, copago o deducible por el beneficio de diagnóstico y consejería para reducir el consumo abusivo de alcohol cubierto por Medicare.
Examen de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computadorizada de dosis baja. (LDCT, por sus siglas en inglés) Para los pacientes que cualifiquen, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Afiliados elegibles son:** Personas de 55 a 77 años de edad que no tienen señales o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen historial de fumar tabaco, al menos, 30 paquetes al año o que al presente fuman o han dejado de fumar dentro de los últimos 15 años, que hayan recibido una orden escrita para LDCT durante una visita de revisión, asesoramiento y decisión compartida sobre el cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y que sean provistas por un médico o un profesional no-médico cualificado. *Para el examen de detección de cáncer de pulmón LDCT después de la proyección LDCT inicial*: el afiliado debe recibir una orden escrita para el examen de detección de cáncer de pulmón LDCT y la misma puede proveerse en cualquier visita médica adecuada con un médico o un profesional de salud (no-médico) cualificado. Si un médico o un profesional cualificado que no es médico decide proveer una visita de asesoramiento de detección	No hay coaseguro, copago o deducible por la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida para la LDCT cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para evaluaciones posteriores de cáncer de pulmón con LCDT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales visitas. • **Puede requerir referido de su PCP.**	
Examen de detección de infecciones transmitidas sexualmente (ITS) y consejería para prevenir las ITS Cubrimos los exámenes de diagnóstico para infecciones de transmisión sexual (ITS) para detectar clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que están en mayor riesgo de contraer una ITS siempre y cuando los mismos sean ordenados por un médico primario. Cubrimos estos exámenes diagnósticos una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones en persona al año, de alta intensidad, de 20 a 30 minutos de orientación sobre la conducta para los adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual. Cubriremos estas sesiones de consejería como un servicio de prevención, solo si son provistas por un médico primario y se realizan en un centro de atención primaria, por ejemplo, un consultorio médico. • **Puede requerir referido de su PCP.**	No hay coaseguro, copago o deducible por el beneficio de detección de ITS y consejería preventiva de ITS cubiertos por Medicare.
Servicios para el tratamiento de enfermedades del riñón Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre las enfermedades del riñón para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a los afiliados a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para los afiliados con enfermedad renal crónica en Etapa IV cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta 6	<u>Servicios de educación de enfermedades renales</u> **$0** de copago <u>Servicios de diálisis:</u> Sus costos por servicios de diálisis pueden variar

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
sesiones, de por vida, de servicios educativos sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluyendo los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporeramente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es admitido en un hospital para recibir cuidado especial) • Adiestramiento para la auto-diálisis (incluye adiestramiento para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suministros para diálisis en su hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de asistentes capacitados en diálisis para verificar su diálisis en el hogar, para ayudarle en casos de emergencia y para revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua) Ciertos medicamentos para la diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cubierta de medicamentos de la Parte B, consulte la sección "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare". • **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	dependiendo de la facilidad donde se reciban los servicios. <u>Servicios recibidos en un centro de diálisis</u> **10%** de coaseguro <u>Servicios recibidos en una facilidad hospitalaria</u> **20%** de coaseguro

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Facilidad de Cuidado de Enfermería Diestra (SNF) (Para la definición de "facilidad de cuidado de enfermería diestra", consulte el Capítulo 12 de este folleto. Los centros de enfermería diestra en ocasiones se conocen como "SNF", por sus siglas en inglés). El plan cubre hasta 100 días en un SNF. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semi-privada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería diestra • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados a usted como parte de su plan de cuidado (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación de la sangre). • Sangre - incluyendo almacenaje y administración. La cubierta de sangre entera, glóbulos rojos empaquetados y todos los demás componentes de la sangre comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos provistos normalmente por los SNF • Pruebas de laboratorio provistas normalmente por los SNF • Rayos X y otros servicios de radiología provistos normalmente por los SNF • El uso de aparatos, como sillas de ruedas, provistos normalmente por los SNF • Servicios de médicos/terapeutas Por lo general, usted recibirá cuidado de enfermería diestra (SNF) en facilidades de la red. No obstante, bajo las circunstancias indicadas a continuación, usted podría recibir su cuidado en una facilidad que esté fuera de nuestra red de proveedores, si la facilidad acepta las cantidades que paga	Su costo compartido aplica el día de la admisión. Facilidad de cuidado de enfermería diestra **Días 1-20** **$0** de copago por admisión o estadía **Días 21-100** **$100** de copago por admisión o estadía

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
nuestro plan. • Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro con atención continua en la que usted vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando se brinde cuidado de enfermería diestra). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo al momento de usted salir del hospital. • **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	
Cesación de fumar y de consumo de tabaco (consejería para dejar de fumar o de consumir tabaco) Si usted usa tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: cubrimos dos intentos de consejería de cesación dentro de un período de 12 meses como un servicio de prevención sin costo alguno para usted. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas en persona. Si usted usa tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o si está tomando un medicamento que puede verse alterado por el tabaco: cubrimos los servicios de consejería de cesación. Cubrimos dos intentos de consejería para dejar de fumar dentro en un período de 12 meses, sin embargo, usted paga el costo compartido correspondiente. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas en persona. • **Puede requerir referido de su PCP.**	No hay coaseguro, copago o deducible por los beneficios preventivos de cesación de fumar y consumo de tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Terapia de Ejercicio Supervisado (SET, por sus siglas en inglés) SET está cubierto para afiliados que padecen de enfermedad arterial periférica sintomática (PAD, por sus siglas en inglés) y tienen un referido de PAD del médico responsable del tratamiento de la misma. Se cubren hasta 36 sesiones, durante un período de 12 semanas, si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consistir de sesiones con una duración de 30-60 minutos, que comprende un programa terapéutico con ejercicio para PAD en pacientes con claudicación • Ser conducido en una facilidad ambulatoria del hospital o en la oficina del médico • Ser provisto por personal auxiliar calificado que esté entrenado en terapias de ejercio para PAD, para asegurar que los beneficios superen los daños • Estar bajo la supervisión de un médico, un asistente del médico o un enfermero practicante/enfermero especialista clínico que debe ser adiestrado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital SET puede ser cubierto mas allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado de tiempo si es considerado medicamente necesario por un proveedor de salud. • **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Terapia de Ejercicio Supervisado (SET, por sus siglas en inglés) cubierto por Medicare **$0** de copago

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
Servicios de transportación- Suplementario Usted es elegible para: • Viajes ilimitados de transportación suplementaria no-emergente, a localidades aprobadas por el plan (dentro del área de servicio del plan) proporcionados por un proveedor de transportación contratado, para el acceso a cuidado médico. • La coordinación requiere un aviso previo de 48 horas. Favor contactar Servicios al Afiliado para información adicional sobre sus beneficios. • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	Servicios de transportación suplementaria **$0** de copago
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia son los servicios prestados para tratar una condición que no es una emergencia: una enfermedad imprevista, una lesión o condición que requiera atención médica inmediata. El cuidado de urgencia puede ser suministrado por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o están inaccesibles temporeramente. El costo compartido por los servicios de urgencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo costo que por los servicios prestados dentro de la red. Este plan incluye beneficio suplementario para visitas de cuidado de emergencia/urgencia mundial. Si usted tiene una emergencia fuera de los EE.UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar por los servicios prestados por adelantado. Usted debe enviar la solicitud a MMM de FL para obtener un reembolso, para obtener más información consulte el Capítulo 7. No podemos reembolsarle	Servicios de urgencia cubiertos por Medicare **$0** de copago por visita a sala de urgencia Servicios de urgencia mundial suplementarios **$0** de copago por visitas a la sala de urgencia **$50,000** de límite de cobertura de beneficios del plan para servicios de emergencia a nivel mundial fuera de los EE.UU. cada año.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
todos los gastos de bolsillo. Esto se debe a que las tarifas de los proveedores contratados pueden ser más bajas que las de los proveedores fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	
Cuidado de la visión Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluyendo el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes rutinarios de la vista (refracción del ojo) para espejuelos o lentes de contacto. • Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma una vez al año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, personas afro-americanas que tienen 50 años o más e Hispanoamericanos que tienen 65 años o más. • Para las personas con diabetes, el examen de retinopatía diabética está cubierto una vez al año. • Un par de espejuelos o lentes de contacto después de cada cirugía de catarata que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si usted tiene dos operaciones de cataratas por separado, no se puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos espejuelos después de la segunda cirugía). **Cuidado de la visión- Suplementario** Además, usted es elegible para: • Un **(1)** examen rutinario de visión suplementario por año, • Hasta **$400** por año para ser usados para la compra de espejuelos (monturas y lentes) y/o lentes de contacto.	Servicios de visión cubiertos por Medicare: Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones oculares **$0** de copago Prueba de Glaucoma **$0** de copago Espejuelos o lentes de contacto luego de una cirugía de catarata **$0** de copago Servicios de visión suplementarios: Examen rutinario de la vista **$0** de copago Espejuelos y/o Lentes de Contacto **$0** de copago

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** al obtener estos servicios
• **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar**	
Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" El plan cubre una sola visita preventiva de "Bienvenida a Medicare". La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y consejería sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluyendo ciertas pruebas diagnósticas y vacunas), y referidos para otro tipo de cuidado si es necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" sólo dentro de los primeros 12 meses de que usted tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, déjele saber al consultorio de su médico que usted desea programar su visita preventiva de "Bienvenida a Medicare". • **Puede requerir referido de su PCP.** • **Reglas de autorización pueden aplicar.**	No hay coaseguro, copago ni deducible por la visita de prevención "Bienvenido a Medicare".

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

Sección 3.1 Tipos de servicios que *no cubrimos* (exclusiones)

Esta sección le informa sobre los tipos de servicios que son "excluidos" por Medicare y por consiguiente, no están cubiertos por el plan. "Excluidos" significa que el plan no cubre esos servicios.

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

Si usted recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), usted tiene que pagar por ellos. Nosotros no pagaremos por los servicios médicos excluidos que aparecen en esta sección. La única excepción: Si se determina mediante apelación que nosotros debimos haber pagado o cubierto un beneficio en la lista de exclusiones dada su situación particular. (Para información sobre cómo apelar una decisión tomada por nosotros de no cubrir su servicio médico, vaya al

Capítulo 9, Sección 5.3 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones en servicios están descritas en la Tabla de Beneficios o en la tabla a continuación.

Aun si recibe servicios excluidos en una facilidad de emergencias, los servicios excluidos no están cubiertos y el plan no pagará por ellos.

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubiertos bajo ninguna circunstancia**	**Cubierto solo bajo ciertas circunstancias específicas**
Servicios considerados no razonables e innecesarios, de acuerdo con los criterios de Medicare Original	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos experimentales. Se consideran procedimientos y artículos experimentales aquellos que nuestro plan y Medicare Original han determinado que generalmente no son aceptados por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Medicare Original o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro Plan. (Vea el Capítulo 3, Sección 5 para más información sobre estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital.		✓ Cobertura solo si se considera médicamente necesaria.
Artículos personales en su habitación o centro de enfermería diestra, como teléfono o televisor.	✓	
Cuidado de enfermería en el hogar a tiempo completo.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubierto solo bajo ciertas circunstancias específicas
*El cuidado de custodia es provisto en un hogar de envejecientes, hospicio o alguna otra facilidad cuando no requiere cuidado especializado médico o cuidado de enfermería diestra.	✓	
Servicio de ama de llaves incluyendo asistencia básica en hogar, como limpieza ligera o preparación simple de alimentos.	✓	
Cargos cobrados por familiares cercanos o miembros de la familia.	✓	
Cirugía o procedimientos cosméticos.		✓ • Cubierto en casos para tratar lesiones accidentales o para mejorar una parte desfigurada del cuerpo. • Cubierto en todas las etapas de reconstrucción del seno luego de una mastectomía, al igual que en el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
Zapatos ortopédicos		✓ Si los zapatos son parte de una abrazadera para la pierna y están incluidos en los costos de la misma, o si los zapatos son para una persona con enfermedad diabética del pie.
Aparatos de apoyo para el pie		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad diabética del pie.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna circunstancia	Cubierto solo bajo ciertas circunstancias específicas
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros aparatos de ayuda para poca visión.	✓	
Procedimientos para revertir la esterilización y métodos anticonceptivos no recetados	✓	
Acupuntura	✓	
Servicios naturopáticos (que usan tratamientos naturales o de medicina alternativa)	✓	

*El cuidado de custodia es cuidado personal que no requiere atención continua de personal adiestrado o paramédico; por ejemplo, el cuidado para ayudarle con sus actividades diarias, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

Usando la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 5. Utilizando la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 112
Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D 112
Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D 113

SECCIÓN 2 Obtenga su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo de nuestro plan 114
Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red para que su receta sea cobertura 114
Sección 2.2 Localizando las farmacias de la red 114
Sección 2.3 Utilizando el servicio de envío por correo del plan 115
Sección 2.4 ¿Cómo se puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo? 117
Sección 2.5 ¿Cuándo se puede utilizar una farmacia que no esté en la red del plan? 117

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de Medicamentos" 118
Sección 3.1 La "Lista de Medicamentos" le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 118
Sección 3.2 Existen 5 "niveles de costo compartido" para los medicamentos de la Lista de Medicamentos 119
Sección 3.3 ¿Cómo puede saber si un medicamento en específico está en la Lista de Medicamentos? 120

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura para algunos medicamentos 120
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 120
Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? 121
Sección 4.3 ¿Aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos? 122

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted quisiera? 123
Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como usted espera que se cubra 123
Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción? 124
Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto? 126

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si la cobertura de uno de sus medicamentos cambia? 127
Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año 127
Sección 6.2 ¿Qué pasa si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando? 127

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan? 129
Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 129

SECCIÓN 8 Presente su tarjeta de afiliado del plan cuando le despachen una receta 131
Sección 8.1 Presente su tarjeta de afiliado 131
Sección 8.2 ¿Qué pasa si no tiene su tarjeta de afiliado a la mano? 131

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 132
Sección 9.1 ¿Qué pasa si está en un hospital o centro de enfermería diestra para una estadía cobertura por el plan? 132
Sección 9.2 ¿Qué pasa si es residente de una institución de cuidado prolongado (LTC, por su siglas en inglés)? 132
Sección 9.3 ¿Qué pasa si está recibiendo una cobertura adicional de medicamentos a través de su patrono o plan grupal de jubilados? 133
Sección 9.4 ¿Qué pasa si usted está en un hospicio certificado por Medicare? 134

SECCIÓN 10 Programas para la administración y uso seguro de medicamentos 134
Sección 10.1 Programas que ayudan a los afiliados a utilizar sus medicamentos de manera segura 134
Sección 10.2 Programa de Manejo de Medicamentos para ayudar a los afiliados a utilizar sus medicamentos opioides de forma segura 135
Sección 10.3 Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM) para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos 136

¿Sabía usted que hay programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos?

El programa de "Ayuda Adicional" ayuda a personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Para más información, vea el Capítulo 2, Sección 7.

¿Está recibiendo ayuda actualmente para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos, **puede que alguna información en esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D no le aplique a usted.** Le enviamos un documento aparte llamado "Modificación de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos recetados" (también conocido como "Modificación del subsidio por bajos ingresos o "LIS Rider"), que le explica la cobertura de sus medicamentos. Usted no tiene este documento, por favor llame a Servicios al Afiliado y solicite el "LIS Rider". (Los números de teléfono para Servicios al Afiiado están impresos al dorso de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D

Este capítulo explica **las reglas para el uso de su cobertura de medicamentos de la Parte D**. El próximo capítulo dice lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de su cobertura de medicamentos de la Parte D, MMM Elite también cubre algunos medicamentos bajo los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de beneficios de Medicare Parte A, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que le son administrados durante estadías coberturas en hospitales o centros de enfermería diestra. A través de la cobertura de beneficios de la Parte B, nuestro plan cubre medicamentos, incluyendo ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones administradas durante una visita a la oficina del médico, y medicamentos administrados en una facilidad de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*) le habla sobre los beneficios y costos por medicamentos durante una estadía cobertura por el plan en un hospital o centro de enfermería diestra, al igual que sus costos y beneficios por medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos bajo Medicare Original si usted está en un hospicio de Medicare. Nuestro plan cubre servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico terminal y condiciones relacionadas, por lo que no están cubiertos bajo el beneficio de hospicio de Medicare. Para más información, refiérase a

la Sección 9.4 (¿Qué pasa si usted está en un hospicio certificado por Medicare?) Para información sobre la cobertura de hospicio, vea la sección de hospicio en el Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

Las siguientes secciones le hablan sobre la cobertura de sus medicamentos bajo las reglas de beneficios de la Parte D del plan. La sección 9*, Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales* incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Medicare Original.

Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted siga estas reglas básicas:

- Su receta debe ser preparada por un proveedor (un médico, dentista u otra persona que recete).
- Su médico que recete debe, ya sea aceptar Medicare o enviar documentación a CMS que evidencie que él o ella están calificados para hacer recetas; de otra modo, su reclamación sobre la Parte D sería denegada. Debe preguntarles a sus médicos que le preparan recetas la próxima vez que les llame o les visite para verificar si cumplen con esta condición. Si no es así, por favor sepa que a su médico que le receta le toma tiempo someter todos los documentos necesarios para que sean procesados.
- Generalmente debe utilizar una farmacia de la red para el despacho de sus recetas. (Vea la Sección 2, *Obtenga su receta en una farmacia de la red o a través del servicio por correo del plan.*)
- Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario*) (para abreviar, le llamamos "Lista de Medicamentos"). (Vea la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan.*)
- Su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso aprobado del medicamento, bien sea por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) o apoyado por ciertos libros de referencia. (Vea la Sección 3 para más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas).

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

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red para que su receta sea cobertura

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

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

Sección 2.2 Localizando las farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, busque en el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestra página de Internet (www.mmm-fl.com) o llame a Servicios al Afiliado (los números telefónicos están impresos al dorso de este folleto).

Usted puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita una repetición de un medicamento que ha estado tomando, puede pedirle a un médico una receta nueva o puede pedir que se transfiera su receta a su nueva farmacia de la red.

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

Si la farmacia que ha estado utilizando deja la red del plan, usted tendrá que buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios al Afiliado (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto) o utilice el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. También encontrará información en nuestra página de Internet en www.mmm-fl.com.

¿Qué pasa si necesita una farmacia especializada?

A veces, las recetas se deben despachar en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suplen medicamentos para terapia de infusión en el hogar.

- Farmacias que suplen medicamentos para residentes de una institución de cuidado prolongado (LTC, por sus siglas en inglés). Por lo general, una institución de cuidado prolongado (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si usted se encuentra en una institución de cuidado prolongado, debemos asegurarnos de que usted reciba sus medicamentos de la Parte D de forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias de cuidado prolongado, la cual es típicamente la farmacia de la institución. Si usted tiene alguna dificultad con el acceso a sus beneficios de Parte D en una institución de cuidado prolongado, por favor comuníquese con Servicios al Afiliado.
- Farmacias que apoyan a los Servicios de Salud Indígenas/Tribales/Programa de Salud Indígena Urbano (no está disponible en Puerto Rico). Solo los Indígenas Americanos o Indígenas de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red, excepto en casos de emergencia.
- Farmacias que despachan ciertos medicamentos restringidos por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) a ciertos lugares o que requieren manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación debe ocurrir rara vez).

Para localizar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de Proveedores y Farmacias* o llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).

Sección 2.3 Utilizando el servicio de envío por correo del plan

Para ciertas clases de medicamentos, usted puede utilizar los servicios que ofrece el plan para ordenar por correo. Por lo general, los medicamentos que se envían por correo son los que usted toma regularmente, para una condición crónica o de tratamiento a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través de nuestro servicio por correo están marcados en la lista de medicamentos como medicamentos **"NM"**.

El servicio de envío por correo de nuestro plan permite que usted ordene un suministro de hasta **90 días.**

Para obtener formularios para ordenar medicamentos e información sobre el despacho de su receta por correo, por favor comuníquese con Servicios al Afiliado a los números que aparecen al dorso de este folleto.

Por lo general, una orden por correo de una farmacia llega en no más de 10 días. Si la farmacia de envío de órdenes por correo considera que se tardará más de 10 días, se comunicará con usted y le ayudará a decidir si espera por el medicamento, cancela la orden o lleva su receta a una farmacia local. Para más información sobre el estatus de órdenes por correo, por favor comuníquese con Servicios al Afiliado de CVS Caremark al 1- 844-268-2115 (libre de cargos), (usuarios de TTY deben llamar al 711) para hablar sobre las opciones que pueden incluir utilizar

una farmacia local o acelerar el método de envío. Bríndele al representante su número de afiliado y su número de receta. Si desea que le entreguen su medicamento uno o dos días, podría pedírselo al representante que le atienda, por un costo adicional.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente de la oficina de su médico. Luego de que la farmacia reciba la receta de un proveedor de cuidado médico, se comunicará con usted para verificar si usted desea que se despache el medicamento de inmediato o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluyendo la potencia, la cantidad y forma) y, si es necesario, le permite cancelar o retrasar la orden antes de que se le facture y se le envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para que les deje saber qué desea hacer con la receta nueva y evitar cualquier retraso en el envío.

Repeticiones en las recetas por correo. Para repeticiones de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en el programa de repeticiones automáticas "ReadyFill at Mail®". Este programa comenzará a procesar su próxima repetición cuando nuestros récords indiquen que su medicamento se está terminando. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada repetición para asegurarse de que necesita más medicamento y para que pueda cancelar envíos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado. Si decide no utilizar nuestro programa de envíos automáticos, por favor comuníquese con la farmacia 15 días antes de cuando usted piensa que los medicamentos que tiene a la mano se terminarán para asegurar que la próxima orden le sea enviada a tiempo.

Para optar cancelar su servicio de nuestro programa "ReadyFill at Mail®" que prepara sus repeticiones por correo de forma automática, por favor contáctenos a través de CVS Caremark llamando al 1- 844-268-2115 (libre de cargos), (usuarios de TTY deben llamar al 711). El departamento de Servicios al Cliente para Órdenes por Correo está disponible 24 horas, los 7 días de la semana. Hay servicio de intérprete disponible para personas que no hablen español.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su orden antes de enviarla, por favor dígale a la farmacia cuál es la mejor forma de conseguirle. Por favor llame a CVS Caremark o ingrese en su cuenta en Caremark.com para darnos su información de contacto preferido.

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

Si usted obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido podría ser menor. El plan le ofrece dos maneras de obtener suministros a largo plazo de medicamentos de "mantenimiento" (también conocido como "suplido extendido") que estén en nuestra Lista de Medicamentos. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma regularmente, para una condición crónica o de cuidado prolongado). Usted puede ordenar este suplido mediante servicio por correo (vea la sección 2.3) o puede ir a una farmacia al detal.

1. **Algunas farmacias al detal** dentro de nuestra red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Su Directorio de Proveedores y Farmacias le indica cuáles farmacias dentro de nuestra red pueden despacharle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a Servicios al Afiliado para más información (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto).
2. Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los **servicios de órdenes por correo** de la red del plan. Los medicamentos que no están disponibles a través de nuestro plan para ser enviados por correo están identificados como **"NM"** en nuestra Lista de Medicamentos. El servicio de órdenes por correo de nuestro plan permite que usted ordene un suministro de hasta 90 días. Vea la Sección 2.3 para más información sobre cómo utilizar nuestros servicios de órdenes por correo.

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

Su receta podría estar cobertura en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se despachan en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no pueda utilizar una farmacia de la red. Para ayudarle, tenemos una red de farmacias fuera de nuestra área de servicio donde se le pueden despachar sus recetas como afiliado de nuestro plan. Si no puede utilizar una farmacia de la red, a continuación están las circunstancias bajo las cuales podemos cubrir las recetas despachadas en una farmacia fuera de la red:

- Si usted no puede obtener un medicamento cubierto en un período de tiempo adecuado dentro de nuestra área de servicio porque no hay una farmacia de la red que quede a una distancia razonable para llegar manejando y que provea servicio las 24 horas
- Si usted está tratando de que se le despache un medicamento recetado que la farmacia de la red cercana a usted por lo regular no tiene disponible (incluyendo medicamentos de alto costo y medicamentos únicos)

- Si le van a administrar una vacuna médicamente necesaria pero que no está cobertura por la Parte B de Medicare o algunos medicamentos cubiertos que se administran en el consultorio de su médico
- Si usted era elegible a Medicaid al momento de obtener la receta, aunque no estuviese afiliado todavía. A esto se le llama afiliación retroactiva.
- Si usted fue evacuado de su hogar por alguna emergencia estatal, federal, o de salud pública y no tiene acceso a una farmacia de la red
- Si usted recibe cobertura de medicamentos recetados en una farmacia institucional mientras fue paciente en una sala de emergencias, una clínica de algún proveedor, una clínica de cirugía ambulatoria o cualquier otra facilidad ambulatoria

En estas situaciones, **por favor, verifique antes con Servicios al Afiliado** para ver si existe una farmacia de la red cerca de usted (los números de teléfono para Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto). Es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que se paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que íbamos a cubrir en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo se le solicita un reembolso al plan?

Si se ve obligado a utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo completo (en vez de su porción normal del costo) al momento de despachársele su receta. Usted puede solicitarnos un reembolso por nuestra porción del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo solicitarle un reembolso al plan).

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

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

Este plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).* Para abreviar, en esta *Evidencia de Cobertura,* le llamaremos "**Lista de Medicamentos**".

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la Lista de Medicamentos del plan.

Los medicamentos en la Lista de Medicamentos son solo los que están cubiertos bajo Medicare Parte D (anteriormente en este capítulo, la Sección 1.1 explica los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos un medicamento en la Lista de Medicamentos siempre y cuando usted siga las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento

sea para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso de un medicamento que:

- Ha sido aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés). (Quiere decir que la FDA ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o condición para el cual esté siendo recetado).
- *– o –* Está respaldado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son el compendio *American Hospital Formulary Service Drug Information*, el Sistema de Información *DRUGDEX*, y el *USPDI* (*Información de Farmacopea-Medicamentos de los Estados Unidos* o su sucesor) y, para el cáncer, el *National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology* o sus sucesores).

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos tanto de marca como genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, funciona tan bien como el de marca y normalmente cuesta menos. Hay medicamentos genéricos disponibles que reemplazan a muchos de los medicamentos de marca.

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley estipula que ningún plan Medicare puede cubrir ciertos tipos de medicamentos (para más información sobre esto, vea la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos.

Sección 3.2 Existen 5 "niveles de costo compartido" para los medicamentos de la Lista de Medicamentos

Todo medicamento en la Lista de Medicamentos del plan está en uno de los 5 niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más alto el nivel del costo compartido, más alta será la cantidad que usted pague por el medicamento:

- **Nivel 1 de Costo Compartido - Medicamentos Genéricos Preferidos (nivel más bajo)**: medicamentos Genéricos o de Marca (incluyendo medicamentos excluidos de la Parte D) que están disponibles al costo compartido más bajo para este plan.
- **Nivel 2 de Costo Compartido - Medicamentos Genéricos**: medicamentos Genéricos que MMM of Florida le ofrece a un costo más alto que el Nivel 1.

- **Nivel 3 de Costo Compartido - Medicamentos de Marca Preferida**: medicamentos de Marca que MMM of Florida le ofrece a un costo más bajo que el Nivel 4.
- **Nivel 4 de Costo Compartido - Medicamentos No Preferidos**: medicamentos Genéricos o de Marca que MMM of Florida le ofrece a un costo más alto que el Nivel 3.
- **Nivel 5 de Costo Compartido - Medicamentos de Especialidad (nivel más alto)**: algunos inyectables o medicamentos de alto costo.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

La cantidad que usted paga por medicamentos en cada nivel de costo compartido aparece en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Sección 3.3 ¿Cómo puede saber si un medicamento en específico está en la Lista de Medicamentos?

Hay 3 formas de saberlo:

1. Verifique la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
2. Visite la página de Internet del plan en (www.mmm-fl.com). La Lista de Medicamentos que se encuentra en nuestra página de Internet siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios al Afiliado para saber si un medicamento en particular se encuentra en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números telefónicos de Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto).

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura para algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo un plan las cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudar a que nuestros afiliados utilicen estos medicamentos de la manera más efectiva. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos totales de medicamentos, lo cual hace que su cobertura de medicamentos sea menos costosa.

En general, nuestras reglas le animan a buscar un medicamento que sea efectivo para su condición médica y que, a la vez, sea seguro. Cada vez que un medicamento seguro y de costo más bajo funcione tan efectivamente como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para promover el que usted y su médico elijan la opción de menor costo. También debemos cumplir con las reglas y regulaciones de Medicare sobre cobertura de medicamentos y costos compartidos.

Si hay una restricción para su medicamento, normalmente quiere decir que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos dicho medicamento. Si quiere que le retiremos una restricción, tendrá que utilizar el proceso de decisiones de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podríamos o no aceptar su solicitud de excepción a una restricción. (Vea el Capítulo 9, Sección 6.2 para información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que diferentes restricciones o costos compartidos pueden aplicar debido a factores como la potencia, la cantidad o forma del medicamento recetado por su médico (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg, uno por día versus dos por día; tableta versus líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan tiene diferentes tipos de restricciones para ayudar a que nuestros afiliados utilicen los medicamentos de la manera más efectiva. Las secciones a continuación le dicen más sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Limitando los medicamentos de marca cuando hay versiones genéricas disponibles

Por lo general, un medicamento "genérico" funciona de la misma manera que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando la versión genérica de un medicamento de marca está disponible, las farmacias de nuestra red le despacharán la versión genérica.** Normalmente, no cubrimos el medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha notificado la razón médica por la cual ni el medicamento genérico, ni otros medicamentos cubiertos para tratar la misma condición, funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su porción del costo podría ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obteniendo aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su médico necesitan obtener de antemano una aprobación del plan para que autoricemos la cobertura de los mismos. Esto se llama "**preautorización"**.

En ocasiones, el requisito de obtener preautorización ayuda a que se siga el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no ser cubierto por el plan.

Probando un medicamento diferente primero

Este requisito promueve el que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero igual de efectivos, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica, el plan puede requerirle que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no es efectivo para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se conoce como "**Terapia Escalonada**".

Límites en las cantidades

En el caso de ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que pueda obtener limitando la cantidad de repeticiones o cuánto medicamento puede obtener cada vez que se le despache una receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar una pastilla al día de cierto medicamento, podríamos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla al día.

Sección 4.3 ¿Aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de Medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas arriba. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que esté tomando o que quiera tomar, verifique la Lista de Medicamentos. Para la información más actualizada, llame a Servicios al Afiliado (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto) o visite www.mmm-fl.com, nuestra página de Internet.

Si hay una restricción para su medicamento, usualmente quiere decir que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el mismo. Si existe una restricción en el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con Servicios al Afiliado y preguntar qué pueden hacer usted y su proveedor para que se cubra dicho medicamento. Si quiere que suspendamos la restricción, debe usar el proceso de decisiones de cobertura y pedir que hagamos una excepción. Podríamos estar de acuerdo con suspender la restricción o no. (Vea el Capítulo 9, Sección 6.2 para información sobre cómo solicitar excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted quisiera?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como usted espera que se cubra

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Pero es posible que pueda haber un medicamento recetado que usted está tomando, o uno que usted y su proveedor piensan que debe tomar que no está en nuestro formulario o que está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto de forma alguna. O quizás la versión genérica de un medicamento está cobertura pero la versión de marca que usted quiere tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero dicha cobertura conlleva reglas adicionales o restricciones. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, se le podría requerir que pruebe un medicamento diferente primero para ver si este funcionará, antes de cubrir el medicamento que usted desea tomar. También podrían existir límites sobre qué cantidad del medicamento (número de pastillas, etc.) se puede cubrir durante cierto período de tiempo. En algunos casos, usted podría pedirnos que suspendamos una restricción.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que cueste más de lo que usted considera razonable. El plan ubica cada medicamento cubierto en uno de los 5 diferentes niveles de costo compartido. Lo que usted paga por su receta depende, en parte, del nivel de costo compartido donde se encuentre su medicamento.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como usted quisiera. Sus opciones dependen de la situación que usted tenga:

- Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido, vaya a la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel que hace que su costo sea más caro de lo que usted entiende que debe ser, vaya a la sección 5.3 para saber qué puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, vea a continuación lo que puede hacer:

- Podría obtener un suministro temporero del medicamento (solo los afiliados que se encuentren en ciertas situaciones pueden obtener suministros temporeros). Esto les da tiempo a usted y a su proveedor para cambiar a otro medicamento o solicitar que se cubra su medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que suspenda las restricciones del mismo.

Podría obtener un suministro temporero

Bajo ciertas circunstancias, el plan le puede ofrecer un suministro temporero de un medicamento si el mismo no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido de algún modo. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para obtener un suministro temporero, necesita cumplir con los dos requisitos a continuación:

1. El cambio a su cobertura de medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos de cambio:

- El medicamento que ha estado tomando ya no está en la Lista de Medicamentos del plan.

- **--** o – el medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de algún modo** (la Sección 4 de este capítulo habla sobre las restricciones).

2. Usted debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación

- **Para aquellos afiliados que son nuevos en el plan o que estaban el año pasado en el plan:**

  Cubriremos un suministro temporero de su medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación al plan si es nuevo en el plan o durante los primeros 90 días calendario si estuvo en el plan el año pasado**. El suministro total será por un

máximo de 30 días. Si su receta está hecha para menos días, permitimos múltiples suministros hasta alcanzar un máximo de 30 días de medicamento. (Note que la farmacia de cuidado prolongado puede proveerle los medicamentos en menores cantidades para prevenir pérdidas).

- **Para quienes han estado afiliados al plan por más de 90 días, residen en una institución de cuidado prolongado y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de 31días de un medicamento en particular, o menos si su receta está hecha para menos días. Esto es adicional al suministro temporero que se menciona en la situación anterior.

- **Para los afiliados que han sido dados de alta de un hospital, hospital psiquiátrico u otro nivel de institución de cuidado en el hogar, o si tiene limitaciones para obtener sus medicamentos:**

  Cubriremos un suministro por 30 días de medicamentos que no estén en la Lista de Medicamentos o si tiene alguna restricción en la Lista de Medicamentos (preautorización, terapia escalonada, límites en las cantidades).

Para solicitar un suministro temporero, llame a Servicios al Afiliado (los números telefónicos se encuentran impresos al dorso de este folleto).

Durante el tiempo que esté recibiendo un suministro temporero de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suministro temporero se agote. Podría cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y que cubra su medicamento actual. Las secciones a continuación le informan más sobre estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Podría haber otro medicamento cubierto por el plan que le funcione igual de bien. Puede llamar a Servicios al Afiliado para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor identifique un medicamento cubierto que podría ser efectivo para usted. (Los números de teléfono para Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan una excepción para que se cubra su medicamento como usted desea. Si su proveedor indica que hay razones médicas para justificar solicitarnos la excepción, él o ella pudiesen ayudarle a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra el medicamento aun cuando no esté en la Lista de Medicamentos. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un afiliado actualmente y el próximo año un medicamento que usted utiliza será eliminado del formulario o restringido de alguna forma, se le permitirá solicitar una excepción por adelantado para el próximo año. Le notificaremos cualquier cambio en la cobertura de sus medicamentos para el próximo año. Puede solicitar una excepción antes de comenzar el nuevo año y le daremos una respuesta en un período de 72 horas luego de haber recibido su solicitud (o la declaración de apoyo de parte del médico que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura de su medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4, les indica lo que deben hacer. Éste explica los procedimientos y fechas límites que Medicare ha establecido para asegurar que su solicitud se maneje con rapidez e imparcialidad.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto?

Si considera que el nivel de costo compartido de su medicamento es muy alto, vea a continuación lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, comience por hablar con su proveedor. Quizás haya un medicamento diferente en un nivel más bajo de costo compartido que le funcione igual de bien. Puede llamar a Servicios al Afiliado y solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que funcione igual de bien para usted. (Los números de teléfono para Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pueda pagar menos por el mismo. Si su proveedor indica que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, él o ella puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica lo que tiene que hacer. Le explica los procedimientos y fechas límites establecidas por Medicare para asegurar que su solicitud se maneje con rapidez e imparcialidad.

Los medicamentos en el Nivel 5, Medicamentos de Especialidad, no son elegibles para este tipo de excepción. Nosotros no disminuimos la cantidad de costo compartido en este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en las coberturas de medicamentos ocurren al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, el plan puede hacerle cambios a la Lista de Medicamentos a través del año. Por ejemplo, el plan podría:

- **Añadir o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos**. Podría haber medicamentos nuevos disponibles, incluyendo nuevos medicamentos genéricos. El gobierno podría aprobar un nuevo uso para un medicamento existente. A veces se retira un medicamento y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se ha descubierto que no es efectivo.
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Añadir o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para más información sobre restricciones de cobertura, vea la Sección 4 en este Capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por uno genérico.**

Debemos seguir los requerimientos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué pasa si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

Información de cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, nosotros incluimos información sobre estos cambios en nuestra página de Internet. Actualizaremos regularmente nuestra Lista de Medicamentos en línea para incluir cualquier cambio que haya ocurrido posterior a la última actualización. A continuación, le mostramos los momentos en que usted recibirá notificación directa sobre algún cambio en un medicamento que usted esté tomando. También puede llamar a Servicios al Afiliado para más información (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto).

¿Le afectarán de inmediato los cambios a la cobertura de medicamentos?

Cambios que pueden afectarle este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios en cobertura durante el año corriente:

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

    - Podemos remover inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si estamos reemplazándolo con un medicamento genérico nuevo que va a aparecer en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido menor, con las mismas o menos restricciones. Además, cuando se añade un medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero podemos moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o le podemos añadir nuevas restricciones.
    - Podemos no avisarle con anticipación antes de hacer ese cambio- aunque esté tomando el medicamento de marca actualmente.
    - Usted o su proveedor puede pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriéndole el medicamento de marca. Para información sobre cómo pedir una excepción, vea el Capítulo 9, (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).
    - Si está tomando un medicamento de marca al momento en que hagamos el cambio, le proveeremos información sobre los cambios específicos que hicimos. Esto también puede incluir información sobre los pasos para que pueda solicitar una excepción y se le cubra el medicamento de marca. Usted puede no recibir esta notificación antes de que hagamos el cambio.

- **Medicamentos que no sean seguros y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos que hayan sido retirados del mercado**

    - De vez en cuando, un medicamento puede ser retirado repentinamente porque se ha establecido que no es seguro o puede ser removido del mercado por otra razón. Si esto sucede, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le dejaremos saber sobre este cambio de inmediato.
    - Su proveedor también se enterará de este cambio y le ayudará a encontrar otro medicamento para su condición.

- **Otros cambios a medicamentos en la Lista de Medicamentos**

    - Podemos hacer otros cambios que afecten medicamentos que usted esté tomando una vez comience el año. Por ejemplo, podemos añadir un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o para cambiar el nivel de costo compartido o establecer nuevas restricciones al medicamento de marca. También podemos hacer cambios basados en advertencias de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en Inglés) o por nuevos ensayos clínicos reconocidos por Medicare. Debemos notificarle con al menos 30 días de

anticipación o despacharle en una farmacia de la red un suplido de un mes del medicamento que se está tomando.

- Durante este período de 30 días, usted deberá dialogar con su proveedor para cambiar a otro medicamento que sí cubrimos.
- O, quien le recete puede solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriéndole el medicamento. Para información sobre cómo solicitar una excepción, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Cambios a medicamentos en la Lista de Medicamentos que no afectarán a las personas que toman ese medicamento actualmente: Para cambios a la Lista de Medicamentos que no estén descritos arriba, si usted está tomando el medicamento actualmente, los siguientes tipos de cambios no le afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si movemos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto
- Si le establecemos una nueva restricción al uso de su medicamento
- Si removemos su medicamento de la Lista de Medicamentos

Si alguno de estos cambios suceden para algún medicamento que usted esté tomando (no porque se haya retirado del mercado, o porque un medicamento genérico haya reemplazado el medicamento de marca o cualquier otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso del mismo o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Usted probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni nuevas restricciones para el uso de ese medicamento hasta esa fecha. Usted no recibirá aviso directo este año sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios sí le van a afectar y es importante que verifique la nueva Lista de Medicamentos por si hay algún cambio en medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le dice qué tipos de medicamentos recetados están "excluidos". Esto quiere decir que Medicare no paga por ellos.

Si usted utiliza medicamentos excluidos, tendrá que pagarlos por su cuenta. Nosotros no pagaremos por los medicamentos que están incluidos en esta sección (excepto para ciertos medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestra cobertura ampliada de medicamentos). La única excepción: si se determina bajo apelación que el medicamento solicitado no está excluido por la Parte D y nosotros debimos haberlo pagado o cubierto debido a su situación en particular.

(Para información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un medicamento, vaya al Capítulo 9, Sección 6.5 en este folleto.)

A continuación tiene tres reglas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Normalmente, nuestro plan no cubre usos para una indicación no autorizada. "Uso para una indicación no autorizada" es cualquier uso de un medicamento fuera de los indicados en la etiqueta según fueron aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).
    - Por lo general, la cobertura para "Uso para una indicación no autorizada" se permite solo cuando el uso se apoya en ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son el *American Hospital Formulary Service Drug Information*, el Sistema de Información DRUGDEX, y, para el cáncer, el *National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology* o sus sucesores.). Si el uso no está respaldado en ninguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir el "uso para una indicación no autorizada".

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

- Medicamentos sin receta (también conocidos como medicamentos fuera del recetario)
- Medicamentos usados para estimular la fertilidad
- Medicamentos usados para el alivio de la tos o síntomas de catarro
- Medicamentos usados para propósitos cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos usados para el tratamiento de anorexia, reducción de peso, o aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios, para los cuales el fabricante requiere la compra de pruebas relacionadas o servicios de monitoreo exclusivamente al fabricante como condición de la venta.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por los planes de medicamentos recetados de Medicare (en una cobertura ampliada de medicamentos). Por favor note que los siguientes medicamentos están cubiertos por este plan:

- Algunos medicamentos para la disfunción eréctil: Viagra, Cialis o Levitra cuatro (4) pastillas por mes.

La cantidad que usted paga cuando obtiene estos medicamentos no cuenta para cualificarlo para la Etapa de Cobertura Catastrófica). (La Etapa de Cobertura Catastrófica es descrita en el Capítulo 6, Sección 7 de este folleto).

Además, si usted está **recibiendo "Ayuda Adicional" de Medicare** para pagar por sus medicamentos, el programa de "Ayuda Adicional" no pagará por los medicamentos no cubiertos normalmente. (Favor referirse a la Lista de Medicamentos del Plan o llame a Servicios al Afiliado para más información. (Puede encontrar los números telefónicos impresos al dorso de este folleto). Sin embargo, si usted tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, puede que su Programa Estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por los planes de medicamentos recetados de Medicare. Comuníquese con su Programa Estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Vea los números de teléfono e información de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Presente su tarjeta de afiliado del plan cuando le despachen una receta

Sección 8.1 Presente su tarjeta de afiliado

Para que le despachen su receta, presente su tarjeta de afiliado del plan en la farmacia de su preferencia dentro de la red. Cuando presente su tarjeta de afiliado del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan por *nuestra* porción del costo de su medicamento recetado cubierto. Usted tendrá que pagarle a la farmacia por *su* porción del costo cuando recoja su receta.

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

Si no tiene su tarjeta de afiliado a la mano cuando vaya a ordenar su receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede conseguir la información necesaria, **usted podría tener que pagar el costo completo de la receta al recogerla**. (Luego, puede **pedirnos un reembolso por**

nuestra porción del costo. Vea el Capítulo 7, Sección 2.1 para información sobre cómo solicitarle un reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué pasa si está en un hospital o centro de enfermería diestra para una estadía cobertura por el plan?

Si es admitido a un hospital o a un centro de enfermería diestra para una estadía cubierta por el plan, nosotros por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Cuando salga del hospital o centro de enfermería diestra, el plan seguirá cubriendo sus medicamentos siempre y cuando los mismos cumplan con todas las reglas de cobertura. Vea las partes anteriores de esta Sección que hablan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D*) le da más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Por favor recuerde: Cuando usted ingresa, vive en, o deja un centro de enfermería diestra, tiene derecho a entrar en un período de afiliación especial. Durante este período, usted puede cambiar de planes o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Terminando su afiliación al plan*, le dice cuándo puede dejar nuestro plan y cambiar a un plan Medicare diferente).

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

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

Verifique en su *Directorio de Proveedores y Farmacias* si la farmacia de su institución de cuidado prolongado es parte de nuestra red. Si no lo es, o si usted necesita más información, por favor comuníquese con Servicios al Afiliado. (Los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto.)

¿Qué pasa si usted reside en una institución de cuidado prolongado (LTC) y se afilia al plan por primera vez?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o está restringido de alguna manera, el plan cubrirá **un suministro temporero** de su medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación. El suministro total será por un máximo de 31 días o menos si

su receta está escrita para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado prolongado puede proveer el suministro del medicamento en cantidades más pequeñas para prevenir pérdidas). Si usted lleva más de 90 días como afiliado del plan y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, nosotros cubriremos un suministro de 31 días, o menos si la receta está escrita para menos días.

Mientras esté recibiendo el suministro temporero de medicamentos, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suministro temporero se agote. Quizás haya otro medicamento cubierto por el plan que le funcione igual de bien. Usted y su proveedor también pueden pedirle al plan que haga una excepción y cubra su medicamento de la manera que usted desea. Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica qué hacer.

Sección 9.3 ¿Qué pasa si está recibiendo una cobertura adicional de medicamentos a través de su patrono o plan grupal de jubilados?

¿Actualmente cuenta con otra cobertura de medicamentos recetados a través de su patrono o de un plan grupal de jubilados (o de su cónyuge)? De ser así, comuníquese con **la administración de beneficios de ese grupo**. Ellos le pueden ayudar a establecer cómo su actual cobertura de medicamentos recetados funcionará junto con nuestro plan.

Generalmente, si al presente usted está empleado, la cobertura de medicamentos recetados que reciba de nosotros será *secundaria* a su cobertura patronal o grupal de jubilados. Esto significa que su cobertura grupal pagará primero.

Una nota importante sobre 'cobertura acreditable':

Cada año, su patrono o plan grupal de jubilados debe enviarle un aviso para comunicarle si su cobertura de medicamentos recetados será "acreditable" para el próximo año calendario y las opciones disponibles en coberturas de medicamentos.

Si la cobertura de su plan grupal es "**acreditable",** significa que tiene una cobertura de medicamentos que se supone que pague, en promedio, al menos lo mismo que paga Medicare en su cobertura normal de medicamentos.

Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable porque los podría necesitar luego. Si usted se matricula en un plan Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, podría necesitar estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable de su patrono o plan grupal de jubilados, puede obtener una copia de parte del administrador de beneficios de su plan patronal o de jubilados, de su patrono, o de su unión.

Sección 9.4 ¿Qué pasa si usted está en un hospicio certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un anti-náuseas, laxantes, medicamentos para el dolor o medicamentos contra la ansiedad que no están cubiertos por su hospicio, ya que no están relacionados con su enfermedad terminal y las enfermedades relacionadas, nuestro plan debe recibir la notificación, ya sea del médico o su proveedor de hospicio, que el medicamento no está relacionado con su condición terminal y condiciones relacionadas antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en recibir algún medicamento no relacionado con su condición terminal que debe ser cubierto por el plan, puede preguntar a su proveedor de hospicio o a su médico para asegurarnos de que tenemos la confirmación de que el medicamento no está relacionado con su condición terminal antes de pedir a una farmacia que despache su receta.

En el caso de que usted revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar cualquier demora en la farmacia cuando finaliza su beneficio de hospicio de Medicare, usted debe traer la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta. Refiérase a partes previas a esta sección que le indican las reglas de cómo obtener cobertura de medicamentos por la Parte D. El Capítulo 6 (Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D) le da más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas para la administración y uso seguro de medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a los afiliados a utilizar sus medicamentos de manera segura

Nosotros realizamos revisiones de utilización de medicamentos para nuestros afiliados, lo que ayuda a asegurarnos de que estén obteniendo un cuidado apropiado y seguro. Estas revisiones son especialmente importantes para los afiliados que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

Cada vez que se le despacha una receta, nosotros hacemos una revisión. También revisamos nuestros archivos con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que podrían ser innecesarios porque ya está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica
- Medicamentos que resultarían poco seguros y apropiados para su edad o género

- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarle si los toma a la misma vez
- Recetas escritas para medicamentos con ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando

Si vemos un problema potencial en su uso de medicamentos, nos comunicaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de Manejo de Medicamentos para ayudar a los afiliados a utilizar sus medicamentos opioides de forma segura

Tenemos un programa que ayuda a asegurarnos que nuestros afiliados utilicen sus medicamentos opioides recetados, u otros medicamentos que son abusados frecuentemente, de forma segura. Este programa se llama Programa para el Manejo de Medicamentos. Si usted utiliza medicamentos opioides que recibe de varios doctores o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso es apropiado y médicamente necesario. Si decidimos, junto con sus médicos, que usted está en riesgo del mal uso o abuso de sus medicamentos opioides o benzodiacepina, le podremos limitar la forma en que puede recibir esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Requerir que obtenga todos los despachos de medicamentos opioides o benzodiacepina de una sola farmacia
- Requerir que obtenga todas las recetas para medicamentos opioides o benzodiacepina de un solo médico
- Limitar la cantidad que le cubriremos de medicamentos opioides o benzodiacepina

Si decidimos que una o más de estas limitaciones le deben aplicar, le enviaremos una carta por adelantado. La carta tendrá información sobre los términos de las limitaciones que entendemos le deben aplicar. Usted también tendrá la oportunidad de decidir qué médicos o farmacias usted prefiere utilizar. Si usted piensa que hemos cometido un error o está en desacuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo de abusar de sus medicamentos o está en desacuerdo con la limitación, usted o el que le recete tiene el derecho de solicitar una apelación. Vea el Capítulo 9 para información sobre cómo solicitar una apelación.

Si usted tiene ciertas condiciones como cáncer, o usted está recibiendo cuidado en un hospicio o reside en una facilidad de cuidado prolongado, puede ser que este programa no le aplique a usted.

Sección 10.3 Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM) para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros afiliados con necesidades de salud complejas. Por ejemplo, algunos afiliados padecen de varias condiciones médicas, toman distintos medicamentos a la misma vez y tienen costos altos. Este programa es voluntario y gratis para los afiliados. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló este programa para nosotros.

Este programa puede ayudarnos a estar seguros de que nuestros afiliados reciban el mayor beneficio de los medicamentos que toman. El programa es conocido como programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Algunos afiliados que toman medicamentos para tratar diferentes condiciones médicas podrían obtener servicio a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una evaluación completa de todos sus medicamentos. Puede dialogar sobre cómo tomar sus medicamentos de la mejor manera, sus costos o cualquier otro problema que esté confrontando o preguntas que pueda tener sobre su receta y medicamentos fuera del recetario. Obtendrá un resumen escrito de la evaluación. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para mejorar el uso de sus medicamentos, con espacio para que tome notas o escriba cualquier pregunta de seguimiento. También se le hará entrega de una lista personalizada de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la cual los está tomando.

Es una buena idea tener su revisión de medicamentos antes de su visita anual de bienestar, así usted puede hablar con su médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Traiga su plan de acción y lista de medicamentos con usted para su visita o en cualquier momento en que vaya a hablar con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos con usted (por ejemplo con su identificación) por si va al hospital o sala de emergencias.

De tener un programa que le convenga, le matricularemos automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar en el programa, por favor, infórmenos y cancelaremos su participación. Si tiene preguntas sobre estos programas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado (los teléfonos aparecen impresos al dorso de este folleto).

CAPÍTULO 6

Lo que paga por sus medicamentos Recetados de la Parte D

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

SECCIÓN 1 Introducción 140
Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos 140
Sección 1.2 Tipos de costos que podría pagar de su bolsillo por medicamentos cubiertos 141

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamento" en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento 141
Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago por medicamentos para los afiliados de MMM Elite? 141

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y la etapa en que se encuentra 143
Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de Beneficios Parte D" (EOB Parte D, por sus siglas en inglés) 143
Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos por medicamentos 143

SECCIÓN 4 No hay deducible para MMM Elite 144
Sección 4.1 Usted no paga un deducible para sus medicamentos de la Parte D 144

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la porción de los costos por medicamentos que le corresponde y usted paga la suya 145
Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde fue despachada su receta 145
Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un mes (30 días) de un medicamento 146
Sección 5.3 Si su médico le receta menos del suministro de un mes, podría no tener que pagar el costo completo del suministro de un mes 147
Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro a largo plazo (de hasta 90 días) de un medicamento 148
Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el costo anual total por sus medicamentos llegue a $3,820 149

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Brecha de Cobertura, el plan provee una cobertura limitada de medicamentos 150

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de Brecha de Cobertura hasta que sus costos de bolsillo lleguen a $5,100 150

Sección 6.2 Cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo por medicamentos recetados 151

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga por la mayoría de los costos de sus medicamentos 153

Sección 7.1 Cuando entre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, se quedará en la misma el resto del año 153

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales 154

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales 154

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las recibe 154

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para las vacunas de la Parte D en sí y otra para el costo de la administración de las mismas 154

Sección 9.2 Si desea, llame a Servicios al Afiliado antes de que le administren una vacuna 156

¿Sabía usted que hay programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos?

El programa "Ayuda Adicional" ayuda a personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Para más información, vea el Capítulo 2, Sección 7.

¿Está actualmente recibiendo ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos, **puede que alguna información en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos por los medicamentos recetados de la Parte D no le aplique a usted.** Le enviamos un documento aparte llamado "Modificación de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos recetados" (también conocido como "Modificación del subsidio por bajos ingresos o "LIS Rider"), que le explica la cobertura de sus medicamentos. Usted no tiene este documento, por favor llame a Servicios al Afiliado y solicite el "LIS Rider". (Los números de teléfono para Servicios al Afiiado están impresos al dorso de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se concentra en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, utilizamos la palabra "medicamento" en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como explicamos en el Capítulo 5, no todos los medicamentos pertenecen a la Parte D. Ciertos medicamentos están bajo las Partes A o B de Medicare y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para entender la información de pago que le damos en este capítulo, necesita saber los datos básicos sobre los medicamentos cubiertos, dónde obtener sus recetas y qué reglas debe seguir al obtener sus medicamentos cubiertos. A continuación, los materiales que le explican estos conocimientos básicos:

- **La *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del Plan*.** Para simplificar, le llamamos la "Lista de Medicamentos".
    - Esta Lista de Medicamentos le indica cuáles medicamentos están cubiertos.
    - También le indica en cuál de los 5 "niveles de costo compartido" se encuentra el medicamento y si hay restricciones en la cobertura del mismo.
    - Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicios al Afiliado (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto). También puede ver la Lista de Medicamentos en nuestra página de Internet en

www.mmm-fl.com. La Lista de Medicamentos disponible en nuestra página de Internet siempre es la más actualizada.

- **El Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 le da detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluyendo las reglas que debe seguir para obtener medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también dice qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- **El *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.** En la mayor parte de los casos usted debe obtener sus medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (vea el Capítulo 5 para los detalles). *El Directorio de Proveedores y Farmacias* tiene una lista de las farmacias de la red del plan. También le explica cuáles farmacias en la red le pueden proveer un suministro a largo plazo de un medicamento (por ejemplo, encargar un suministro para tres meses de una receta).

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

Para entender la información de pagos que le presentamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costo de bolsillo que podría pagar por sus servicios cubiertos. La cantidad que usted paga por un medicamento se llama "costo compartido" y existen tres formas mediante las cuales se le podría pedir que pague.

- Un **"deducible"** es la cantidad que usted debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- Un **"copago"** quiere decir que usted paga una cantidad fija cada vez que obtiene una receta.
- Un **"coaseguro"** quiere decir que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que obtiene su receta.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamento" en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago por medicamentos para los afiliados de MMM Elite?

Como se muestra en la tabla a continuación, hay "etapas de pago por medicamentos" para su cobertura de medicamentos recetados bajo MMM Elite. Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa en la que usted se encuentre al momento de encargar su receta o pedir una repetición.

Etapa 1 *Etapa de deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de Cobertura Inicial*	**Etapa 3** *Etapa de Brecha de Cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de Cobertura Catastrófica*
Como no hay deducible para este plan, esta etapa de pago no se le aplica a usted. (Detalles en la Sección 4 de este capítulo.)	Usted comienza en esta etapa cuando le despachan su primera receta del año. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos **y usted paga la suya.** Usted permanece en esta etapa hasta que **"su costo total de medicamentos"** (sus pagos más cualquier pago del plan por la Parte D) alcancen $3,820. (Detalles en la Sección 5 de este capítulo.)	Usted paga **$0** de copago por Medicamentos Genéricos incluidos en el Nivel 1 o 2. Para los medicamentos Genéricos en el Nivel 4 y Nivel 5, usted paga el **37%** del costo. Usted paga el **25%** del costo (más una porción del cargo por despacho) por Medicamentos de Marca en el Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. Los Medicamentos Excluidos no están cubiertos durante esta etapa. Usted permanece en esta etapa hasta que sus **"costos de bolsillo"** (sus pagos) alcancen un total de $5,100. Esta cantidad, y las reglas para calcular los costos que cuentan para llegar a la misma, han sido establecidas por Medicare. (Detalles en la Sección 6 de este capítulo.)	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayoría del costo** de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2019). (Detalles en la Sección 7 de este capítulo).

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de Beneficios Parte D" (EOB Parte D, por sus siglas en inglés)

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

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

Si le despacharon una o más recetas durante el mes anterior, nuestro plan preparará un informe escrito llamado *Explicación de Beneficios* Parte D (a veces se le llama "EOB Parte D"). El informe incluye:

- **Información para ese mes**. El informe contiene los detalles de pagos por las recetas que se le hayan despachado durante el mes anterior. Muestra los costos totales por los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted, y otros en su nombre, pagaron.
- **Los totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información "del año hasta el presente". Muestra los costos totales por los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.

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

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

- **Muestre su tarjeta de afiliado cuando encargue una receta.** Para asegurarse de que nos llegue información sobre las recetas que encargue y lo que pague, muestre su tarjeta de afiliado del plan cada vez que obtenga una receta.
- **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.** Algunas veces podría tener que pagar por medicamentos recetados si no recibimos automáticamente

la información que necesitamos. Para ayudarnos a dar seguimiento a los costos de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos por los medicamentos que haya comprado. (Si le facturan por un medicamento cubierto, puede pedirle al plan que pague por su parte del costo. Para instrucciones sobre cómo hacer esto, vaya al Capítulo 7, Sección 2 de este folleto.) A continuación hay varias situaciones en las que sería recomendable darnos copia de sus recibos de medicamentos para estar seguros de que tenemos un récord completo de lo que ha gastado en medicamentos:

- Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios del plan.
- Cuando haga un copago por medicamentos que se proveen bajo un programa de asistencia al paciente auspiciado por un fabricante de medicamentos.
- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando, bajo circunstancias especiales, pague el precio completo por un medicamento cubierto.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho por usted.** Los pagos hechos por ciertos otros individuos u organizaciones también se aplican a sus costos de bolsillo y le ayudan a cualificar para su cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos hechos por un Programa Estatal de Asistencia de Medicamentos, el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas, se pueden aplicar a sus costos de bolsillo. Debe llevar un récord de estos pagos y enviarlos a nuestras oficinas para estar al tanto de sus costos.
- **Verifique el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *Explicación de Beneficios Parte D* por correo, por favor revísela para asegurarse de que la información esté completa y correcta. Si piensa que le falta algo al informe o tiene preguntas, por favor llámenos a Servicios al Afiliado (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto). Asegúrese de guardar estos informes. Los mismos son un récord importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 No hay deducible para MMM Elite

Sección 4.1 Usted no paga un deducible para sus medicamentos de la Parte D

No hay deducible para MMM Elite. Usted comienza su Etapa de Cobertura Inicial cuando le despachan su primer medicamento recetado del año. Vea la Sección 5 para información sobre su cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la porción de los costos por medicamentos que le corresponde y usted paga la suya

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde fue despachada su receta

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su porción del costo por los medicamentos recetados cubiertos y usted paga por la porción que le corresponde (la cantidad de su copago o coaseguro). Su porción del costo va a variar según el medicamento y el lugar donde se despache la receta.

El plan tiene 5 niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está en uno de 5 de costo compartido. Por lo general, mientras más alto el número del nivel, más alto será lo que paga por el medicamento:

- **Nivel 1 de Costo Compartido - Medicamentos Genéricos Preferidos (nivel más bajo):** medicamentos Genéricos o de Marca (incluyendo los medicamentos excluidos de la Parte D) que están disponibles al costo compartido más bajo para este plan.
- **Nivel 2 de Costo Compartido - Medicamentos Genéricos:** medicamentos Genéricos que MMM of Florida le ofrece a un costo más alto que el Nivel 1.
- **Nivel 3 de Costo Compartido - Medicamentos de Marca Preferida:** medicamentos de Marca que MMM of Florida le ofrece a un costo más bajo que el Nivel 4.
- **Nivel 4 de Costo Compartido - Medicamentos No Preferidos:** medicamentos Genéricos y de Marca que MMM of Florida le ofrece a un costo más alto que el Nivel 3.
- **Nivel 5 de Costo Compartido - Medicamentos de Especialidad (nivel más alto):** algunos inyectables o medicamentos de alto costo.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la *Lista de Medicamentos* del plan.

Sus opciones de farmacia

La cantidad que usted paga por un medicamento está determinada según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia al detal que esté en la red de nuestro plan
- Una farmacia que no esté en la red de nuestro plan

- La farmacia por correo de nuestro plan

Para más información sobre estas opciones de farmacia y el despacho de sus recetas, vea el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un mes (30 días) de un medicamento

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, su porción del costo por un medicamento cubierto puede ser un copago o un coaseguro.

- **"Copago"** quiere decir que usted paga una cantidad fija cada vez que obtiene una receta.
- **"Coaseguro"** quiere decir que usted paga un por ciento del costo total del medicamento cada vez que obtiene una receta.

Como se muestra en la tabla a continuación, la cantidad del copago o coaseguro depende del nivel de costo compartido donde se encuentre su medicamento. Recuerde que:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagará el precio más bajo por el medicamento. Pagará el precio completo del medicamento o la cantidad del copago, lo que sea menor.
- Cubrimos recetas despachadas en farmacias fuera de la red solo en circunstancias limitadas. Por favor, vea el Capítulo 5, Sección 2.5 para información sobre cuándo cubriremos una receta despachada en una farmacia fuera de la red.

Su porción de pago cuando obtiene un suministro de *un mes* de un medicamento cubierto bajo la Parte D:

	Costo compartido en farmacia de la red (suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido en farmacia de la red para cuidado prolongado (LTC)** (suministro de hasta 31 días)	**Costo Compartido en farmacia fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; vea el Capítulo 5 para detalles.) (suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos Genéricos Preferidos)	**$0** de copago	**$0** de copago	**$0** de copago

	Costo compartido en farmacia de la red (suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido en farmacia de la red para cuidado prolongado (LTC)** (suministro de hasta 31 días)	**Costo Compartido en farmacia fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; vea el Capítulo 5 para detalles.) (suministro de hasta 30 días)
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos Genéricos)	**$0** de copago	**$0** de copago	**$0** de copago
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de Marca Preferida)	**$20** de copago	**$20** de copago	**$20** de copago
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos No Preferidos)	**$75** de copago	**$75** de copago	**$75** de copago
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de Especialidad)	**33%** de coaseguro	**33%** de coaseguro	**33%** de coaseguro

Sección 5.3 Si su médico le receta menos del suministro de un mes, podría no tener que pagar el costo completo del suministro de un mes

Típicamente, la cantidad usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro completo de un mes de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle menos del suministro de un mes por medicamentos. Podría haber ocasiones en que desee solicitarle a su médico que le recete menos del suministro de un mes por un medicamento (por ejemplo, cuando esté probando un medicamento por primera vez el cual tiene serios efectos secundarios). Si su médico le receta menos de un suplido completo de un mes, no tendrá que pagar por el suministro completo de un mes por ciertos medicamentos.

La cantidad que paga cuando obtiene menos del suministro de un mes dependerá de si es responsable por pagar el coaseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (una tarifa fija).

- Si es responsable por el coaseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total por el medicamento. Usted paga el mismo por ciento sin importar si la receta es por el suministro de un mes completo o por menos días. Sin embargo, dado que el costo total del medicamento será menor, si obtiene un suministro menor de un mes, la *cantidad* que pagará será menor.

- Si es responsable de pagar un copago por el medicamento, su copago estará basado en el número de días del medicamento que reciba. Calcularemos la cantidad que pagará por día por su medicamento (la tarifa diaria de costo compartido) y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que reciba.
    - Por ejemplo: digamos que el copago por el suministro de un mes de su medicamento (un suministro de 30 días) es $30. Esto quiere decir que la cantidad que usted paga por día por su medicamento es de $1. Si recibe un suministro de 7 días por el medicamento, su pago será de $1 por día multiplicado por 7 días, para un total a pagar de $7.

El costo compartido diario por un mes le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de que tenga que pagar por el suministro de un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le despache, menos de un suplido completo de un mes de medicamentos si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de repetición para diferentes recetas, para que haga menos viajes a la farmacia. La cantidad que usted paga dependerá de los días de suministro que usted recibe.

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

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también conocido como "suministro extendido") cuando obtiene una receta. El suministro puede ser de hasta 90 días. (Para detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, vea el Capítulo 5, Sección 2.4.)

La tabla a continuación muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro a largo plazo (de hasta 90 días) de un medicamento.

- Por favor recuerde: Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad de copago que aparece en la tabla, usted paga el precio menor. Usted paga el precio completo por el medicamento *o* la cantidad del copago, *lo que sea más bajo.*

Su porción del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

	Costo compartido en farmacia al detal de la red (suministro de hasta 90 días)	**Costo compartido en servicio de orden por correo del plan** (suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos Genéricos Preferidos)	**$0** de copago	**$0** de copago
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos Genéricos)	**$0** de copago	**$0** de copago
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de Marca Preferida)	**$60** de copago	**$60** de copago
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos No Preferidos)	**$225** de copago	**$225** de copago
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de Especialidad)	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos en el nivel 5.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el costo anual total por sus medicamentos llegue a $3,820

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el costo total por los medicamentos recetados que haya obtenido o repetido llegue al **límite de** $3,820 **que tiene la Etapa de Cobertura Inicial.**

El costo total por medicamentos se basa en el total de lo que usted haya pagado y lo que haya pagado cualquier plan de la Parte D:

- **Lo que <u>usted</u> ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde que compró su primer medicamento del año. (Vea la Sección 6.2 para más información sobre cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo). Esto incluye:

- El total que pagó como su parte del costo por sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial.

- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo por medicamentos para usted durante la Etapa de Cobertura Inicial. (De usted estar inscrito en otro plan de la Parte D en cualquier momento durante 2018, la cantidad que ese plan pague durante la Etapa de Cobertura Inicial también cuenta para el costo total de sus medicamentos.)

Nosotros ofrecemos cobertura adicional en ciertos medicamentos recetados que no están cubiertos normalmente en un Plan de Medicamentos Medicare. Los pagos hechos por estos medicamentos no cuentan para el límite de cobertura inicial o sus costos de bolsillo. Para saber los medicamentos que cubre nuestro plan, favor referirse al Formulario.

La *Explicación de Beneficios Parte D* (EOB Parte D) que le enviamos le ayudará a llevar un récord de lo que usted y el plan, así como otras entidades, han pagado en sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $3,820 en un año.

Le avisaremos si llega al límite de $3,820. Si alcanza esta cantidad, tendrá que salir de la Etapa de Cobertura Inicial y pasar a la Etapa de Brecha de Cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Brecha de Cobertura, el plan provee una cobertura limitada de medicamentos

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de Brecha de Cobertura hasta que sus costos de bolsillo lleguen a $5,100

Cuando usted sale de la Etapa de Cobertura Inicial, le continuaremos ofreciendo cobertura hasta que sus costos máximos de bolsillo anuales alcancen la cantidad que Medicare ha establecido. Para el 2019, esta cantidad es $5,100.

Para medicamentos genéricos cubiertos en el Nivel 1 y el Nivel 2, usted paga la cantidad de su costo compartido (para estas cantidades, vea la sección 5). Para todos los demás medicamentos genéricos, usted no paga más del 37% de los costos y el plan paga el resto. La cantidad pagada por el plan (63%) no cuenta como parte de sus costos de bolsillo. Solo la cantidad que usted paga o la que otros pagan en su nombre acumula y lo mueve a través de la brecha de cobertura.

Cuando usted está en la Etapa de Brecha de Cobertura, y obtiene medicamentos en el Nivel 3, Nivel 4 o el Nivel 5, el Programa de Descuento para la Brecha de Cobertura de Medicare provee descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado (excluyendo el cargo por despacho) por medicamentos de marca. Tanto la cantidad que pague como la cantidad del descuento del fabricante cuentan como un gasto de su bolsillo y le ayudarán a sobrellevar la brecha de cobertura.

Usted continúa pagando el precio de descuento por los medicamentos de marca y el costo compartido mencionado en la sección 5 o no más del 37% por medicamentos genéricos hasta

que sus pagos de bolsillo anuales alcancen la cantidad máxima establecida por Medicare. Para el 2019, la cantidad es $5,100.

Los Medicamentos Excluidos no están cubiertos durante esta etapa.

Si usted recibe "Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados, sus costos por los medicamentos cubiertos va a depender del nivel de "Ayuda Adicional" que usted reciba. Por favor haga referencia a su "LIS Rider" para la cantidad específica que va a pagar.

Medicare tiene reglas sobre qué cuenta y qué *no* cuenta como costos de bolsillo. Cuando usted llegue al límite de $5,100 en costos de bolsillo, saldrá de la Etapa de Brecha de Cubierta y pasará a la Etapa de Cubierta Catastrófica.

Sección 6.2 Cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo por medicamentos recetados

Estas son la reglas de Medicare que debemos seguir para llevar un registro de lo que usted ha pagado de su bolsillo por medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo

Cuando usted suma los costos que usted paga de su bolsillo, **puede incluir** los pagos enumerados a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y usted siga las reglas para cobertura de medicamentos que se explicaron en el Capítulo 5 de este folleto):

- La cantidad que usted paga por sus medicamentos mientras se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - Etapa de Cobertura Inicial
  - Etapa de Brecha de Cobertura
- Cualquier pago que haga durante este año calendario bajo otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de unirse al nuestro.

Quién paga es importante:

- Si **usted** hace estos pagos **por su cuenta**, se incluyen en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si se hacen en nombre suyo por parte de **ciertos otros individuos u organizaciones.** Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por amigos o parientes, la mayoría de las organizaciones benéficas, los programas de asistencia de medicamentos a pacientes de SIDA o por el Servicio de Salud para Indígenas. Los pagos hechos por el programa de "Ayuda Adicional" de Medicare también están incluidos.

- Algunos de los pagos hechos por el Programa de Descuento para la Brecha de Cobertura de Medicare están incluidos. La cantidad que un fabricante paga por sus medicamentos de marca también está incluida. Pero la cantidad que el plan paga por los medicamentos genéricos no está incluida.

Pasando a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) haya(n) pagado un total de $5,100 en costos de su bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Brecha de Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en los costos de su bolsillo

Al sumar sus costos de bolsillo, **no puede incluir** ninguno de estos tipos de pagos *por medicamentos recetados:*

- Medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos comprados en farmacias fuera de la red del plan que no reúnan los requisitos del plan para ser cubiertos fuera de la red.
- Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o Parte B.
- Pagos por medicamentos recetados cubiertos bajo nuestra cobertura adicional, pero que normalmente no estarían cubiertos por un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.
- Pagos que hace por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan Medicare de medicamentos.
- Pagos hechos por el plan para medicamentos que usted toma de marca o genéricos mientras se encuentre en la Brecha de Cobertura.
- Pagos por sus medicamentos hechos por planes grupales de salud incluyendo los planes de salud patronales.
- Pagos por sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguros y programas de salud subsidiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos hechos por un tercero con obligación legal de pagar por los costos de sus recetas (por ejemplo, el Fondo del Seguro del Estado).

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las que se mencionan arriba, paga parcial o totalmente su costo de bolsillo por medicamentos, usted tiene que comunicárselo al plan. Llame a Servicios al Afiliado para avisarnos (los números telefónicos aparecen al dorso de este folleto).

¿Cómo podría darle seguimiento al total de sus costos de bolsillo?

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de *Explicación de Beneficios Parte D* que le enviamos contiene la cantidad actualizada de sus costos de bolsillo (la Sección 3 de este capítulo trata sobre este informe). Cuando usted llegue a un total de $5,100 en costos de bolsillo por el año, este informe le indicará que usted ha salido de la Etapa de Brecha de Cobertura y ha pasado a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

- **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos**. La Sección 3.2 explica qué puede hacer para ayudar a que nuestros archivos sobre sus gastos estén completos y al día.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga por la mayoría de los costos de sus medicamentos

Sección 7.1 Cuando entre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, se quedará en la misma el resto del año

Usted cualifica para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus costos de bolsillo lleguen al límite de $5,100 por el año calendario. Cuando esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que termine el año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará por la mayoría del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo por un medicamento cubierto será coaseguro o copago, la cantidad que sea *mayor*.

    - --ya sea-- coaseguro de 5% del costo del medicamento
    - --o-- $3.40 por un medicamento genérico o por un medicamento que para estos efectos se considera un genérico y $8.50 para cualquier otro medicamento.

- **Nuestro plan paga el resto** del costo**.**

Nuestro plan cubre algunos medicamentos excluidos de la Parte D. Usted paga **$0** de copago por medicamentos excluidos de la Parte D en la etapa de cobertura catastrófica.

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. (A esto le llamamos cobertura ampliada de medicamentos.)

- Este plan cubre algunos medicamentos recetados para la disfunción eréctil: Viagra, Cialis o Levitra con **$0** copago para cuatro **(4)** pastillas recetadas al mes.

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las recibe

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para las vacunas de la Parte D en sí y otra para el costo de la administración de las mismas

Nuestro plan provee cobertura por una cierta cantidad de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Si consulta la Tabla de Beneficios Médicos, en el Capítulo 4, Sección 2.1, encontrará más información sobre estas vacunas.

Esta cobertura de la Parte D para vacunación tiene dos partes:

- La primera parte de la cobertura se relaciona con el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **inyectarle la vacuna**. (Esto, a veces, se llama "administración" de la vacuna.)

¿Cuánto usted paga por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres elementos:

1. **El tipo de vacuna** (por lo que le estén vacunando).
    - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).*
    - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede ver cuáles son estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.

2. **Dónde se le administra la vacuna.**
3. **Quién le administra la vacuna.**

Lo que paga al momento en que le administran la vacuna de la Parte D puede variar de acuerdo con las circunstancias. Por ejemplo:

- En ciertos casos, cuando le administren la vacuna, tendrá que pagar tanto por el costo del medicamento de la vacuna como por la administración de la misma. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolsemos por la parte del costo que nos corresponda.
- En otras ocasiones, cuando reciba el medicamento de la vacuna o la administración de la misma, pagará solamente por su porción del costo.

Para que vea cómo esto funciona, a continuación hay tres situaciones en las que comúnmente se le podría administrar una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable por todos los costos relacionados con vacunas (incluyendo su administración) durante la Brecha de Cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red y se la administran en la misma farmacia. (Esta opción dependerá de dónde usted viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas.)

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

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

- Cuando le administren la vacuna, usted pagará por el costo completo de la vacuna y por la administración de la misma.
- Usted, entonces, puede pedirnos que paguemos por nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarle al plan que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará por la cantidad que pagó menos su copago normal por la vacuna (incluyendo administración), menos cualquier diferencia entre lo que cobró el médico y lo que normalmente pagamos. *(Si usted recibe "Ayuda Adicional", le reembolsaremos la diferencia.)*

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

- Usted tendrá que pagarle a la farmacia la cantidad de su copago por la vacuna en sí.

- Cuando su médico le administre la inyección de la vacuna, usted pagará el costo total para este servicio. Entonces, puede pedirle al plan que paguemos por nuestra parte del costo mediante el procedimiento que se describe en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará por la cantidad que cobró el médico que administró la vacuna menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. *(Si usted recibe "Ayuda Adicional", le reembolsaremos esta diferencia.)*

Sección 9.2 Si desea, llame a Servicios al Afiliado antes de que le administren una vacuna

Las reglas relacionadas con la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Si está pensando en recibir una vacuna, le recomendamos que llame primero a Servicios al Afiliado (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto).

- Podemos explicarle cómo nuestro plan cubre su vacuna y su porción del costo de la misma.
- Podemos explicarle cómo reducir el costo que le corresponde utilizando los proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si usted no puede usar un proveedor o farmacia de la red, podemos decirle qué debe hacer para que le paguemos por nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitar al plan que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitar al plan que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos cubiertos 160

Sección 1.1 Si usted pagó la porción del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos que le correspondía al plan, o si recibió una factura, puede pedirnos que lo paguemos 160

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió 163

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su petición de pago 163

SECCIÓN 3 Consideraremos su petición de pago y responderemos afirmativa o negativamente 164

Sección 3.1 Verificaremos si nos corresponde cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos 164

Sección 3.2 Si le notificamos que no pagaremos por la totalidad o parte del cuidado médico o el medicamento, puede presentar una apelación 164

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las cuales debe guardar sus recibos y enviarlos al plan 165

Sección 4.1 En algunos casos, usted debe enviar copia de sus recibos al plan para ayudarnos a mantener un récord de sus costos de bolsillo por medicamentos recetados 165

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

Sección 1.1 Si usted pagó la porción del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos que le correspondía al plan, o si recibió una factura, puede pedirnos que lo paguemos

En ciertas ocasiones, al recibir cuidado médico o comprar un medicamento recetado, podría tener que pagar el costo completo al momento. En otras ocasiones, podría tener que pagar más de lo que esperaba bajo las reglas de cobertura del plan. En cualquier caso, puede pedirle al plan que le devuelva la parte que le corresponde del costo. Esto se llama un reembolso. Usted tiene derecho a recibir un reembolso cuando tenga que pagar más de lo que le corresponde por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan.

En ocasiones, también podría recibir una factura de un proveedor por el costo completo de los servicios médicos que haya obtenido. En muchos casos, debe enviarnos la factura en lugar de pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

A continuación, tiene ejemplos de situaciones en las cuales podría tener que solicitarle al plan un reembolso o el pago de una factura que recibió:

1. **Cuando haya recibido cuidado de emergencia o cuidado necesario urgente de un proveedor que no esté en la red de nuestro plan**

   Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, pertenezca o no a nuestra red. Cuando reciba cuidado de emergencia o servicio necesario urgente de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted solo es responsable por su parte del costo, no por el costo completo. Debe pedirle al proveedor que nos envíe la factura por nuestra parte del costo.

   - Si al recibir el cuidado paga la cantidad total, debe pedirnos un reembolso por nuestra porción del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
   - A veces podría recibir una factura de un proveedor solicitando un pago que usted entiende que no le corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
     - Si al proveedor se le debe algo, nosotros lo pagaremos directamente.
     - Si usted ya ha pagado más de lo que le corresponde por el costo del servicio, estableceremos cuánto era lo que debía y le reembolsaremos nuestra porción del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan directamente y cobrarle a usted solo su porción del costo. Pero, a veces ellos cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar su porción del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores añadan cargos adicionales, llamados "facturación de saldos". Esta protección (de que usted no paga más de su cantidad de costo compartido) se aplica aun si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por el servicio e inclusive cuando hay una disputa y nosotros no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para más información sobre la "facturación de saldos", vea el Capítulo 4, Sección 1.3.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red cuya cantidad crea que sobrepasa lo que le corresponde pagar, envíenos la misma. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero piensa que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Debe pedirnos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que usted pagó y la que debía bajo el plan.

3. Si ingresó al plan de manera retroactiva

A veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva quiere decir que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción pudo haber ocurrido incluso el año anterior.)

Si se inscribió en nuestro plan de manera retroactiva y pagó de su bolsillo por cualquier servicio o medicamento cubierto luego de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra porción del costo. Debe presentar documentación para que procesemos el reembolso.

Por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado para información adicional sobre cómo solicitar un reembolso y las fechas límites para presentar su solicitud. (Los números de teléfono para Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto.)

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

Si usted va a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de afiliado para encargar una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando esto suceda, usted tendrá que pagar el costo completo de su receta. (Cubrimos recetas despachadas en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Por favor vaya al Capítulo 5, Sección 2.5 para más información.)

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida un reembolso por nuestra porción del costo.

5. Cuando usted paga el costo total de su receta porque no tiene a mano su tarjeta de afiliado

Si no tiene su tarjeta de afiliado del plan a la mano, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de afiliación del plan. Sin embargo, si la farmacia no consigue la información que necesita de inmediato, usted podría tener que pagar el costo completo de la receta.

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida un reembolso por nuestra porción del costo.

6. Otras situaciones en las cuales usted paga por el costo total de su receta

Podría tener que pagar el costo completo de su receta si se entera de que el medicamento, por alguna razón, no está cubierto.

- Por ejemplo, el medicamento podría no estar en la *Lista de Medicamentos (Formulario*) del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que piensa que no debe aplicársele a usted. Si decide comprar el medicamento de inmediato, podría tener que pagar por su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite un reembolso. En algunas situaciones, podríamos tener que obtener más información de parte de su médico para poder reembolsarle nuestra porción del costo.

Todos los ejemplos descritos son tipos de decisiones de cobertura. Quiere decir que si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*) tiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su petición de pago

Envíenos su petición de pago, junto con su factura y documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea sacar copia de su factura y de los recibos para sus récords.

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

- No tiene que usar este formulario, pero el mismo ayuda a que nuestro plan procese la información con más rapidez.
- Puede descargar una copia del formulario a través de nuestra página de Internet, (www.mmm-fl.com), o llame a Servicios al Afiliado para solicitarlo. (Los números telefónicos de Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto.)

Envíe su petición de pago por **Servicios Médicos** junto con cualquier factura o recibos por correo a la siguiente dirección:

MMM of Florida, Inc.
Departamento de Servicios al Afiliado
P. O. Box 260430
Miami, FL 33126

Envíe su petición de pago por **Servicios de Farmacia** junto con cualquier factura o recibos por correo a la siguiente dirección:

MMM of Florida, Inc.
Departamento de Servicios de Farmacia
P. O. Box 260430
Miami, FL 33126

Debe someternos su reclamación en un período de 12 meses de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento.

Por favor, llame a Servicios al Afiliado si tiene alguna pregunta (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto). Si usted no sabe cuánto debe o recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, le podemos ayudar. También puede llamar si quiere darnos información adicional sobre una petición de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su petición de pago y responderemos afirmativa o negativamente

Sección 3.1 Verificaremos si nos corresponde cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos

Cuando recibamos su petición de pago, le avisaremos si necesitamos más información suya. De lo contrario, evaluaremos su petición y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento está cubierto y que usted siguió todas las reglas para obtener el servicio o el medicamento, le pagaremos nuestra porción del costo. Si usted ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un reembolso por nuestra porción del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para que le cubran sus servicios médicos. El Capítulo 5 le explica las reglas que debe seguir para que le cubran sus medicamentos recetados de la Parte D.)
- Si decidimos que el cuidado médico o el medicamento *no* está cubierto, o si usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos por nuestra porción del costo. En vez, le enviaremos una carta explicando las razones de por qué no le estamos enviando el pago que ha solicitado y sus derechos de apelar esa decisión.

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

Si entiende que hemos cometido un error al denegar su solicitud de pago o si no está de acuerdo con la cantidad que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, quiere decir que está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos de denegar su petición de reembolso.

Para detalles sobre cómo presentar una apelación, vaya al Capítulo 9 de este folleto (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)). El proceso de apelación es un proceso formal que conlleva procedimientos detallados y fechas límites importantes. Si presentar una apelación es un proceso nuevo para usted, encontrará de mucha ayuda leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de las determinaciones de cobertura y las apelaciones, e incluye definiciones de términos como "apelación". Después de leer la Sección 4, puede pasar a la sección del Capítulo 9 que le explica cómo manejar su situación:

- Si quiere presentar una apelación sobre un reembolso por servicios médicos, vaya a la Sección 5.3 del Capítulo 9.

- Si quiere presentar una apelación sobre un reembolso por un medicamento, vaya a la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las cuales debe guardar sus recibos y enviarlos al plan

Sección 4.1 En algunos casos, usted debe enviar copia de sus recibos al plan para ayudarnos a mantener un récord de sus costos de bolsillo por medicamentos recetados

Hay algunas situaciones en las que nos debe informar sobre pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, usted no está solicitándonos un pago. En vez, usted nos está dando información sobre sus pagos para que podamos hacer un cálculo correcto de lo que usted ha pagado de su bolsillo. Esto podría ayudarle a cualificar para la Etapa de Cobertura Catastrófica más rápidamente.

A continuación, presentamos dos situaciones en las que nos debe enviar copia de sus recibos para informarnos sobre pagos que haya hecho por sus medicamentos.

1. Cuando compra el medicamento por un precio menor al nuestro

A veces, estando en la Etapa de Brecha de Cobertura, podría tener la oportunidad de comprar su medicamento en una farmacia de la red por un precio menor que el nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecerle un precio especial por el medicamento. O, usted podría tener una tarjeta de descuento que no sea parte de nuestros beneficios y que ofrezca un precio más bajo.

- A menos que se apliquen condiciones especiales, en estos casos usted debe utilizar una farmacia de la red y su medicamento debe estar en nuestra *Lista de Medicamentos*.

- Guarde su recibo y envíenos copia para que podamos contar sus gastos de bolsillo de modo que le ayuden a cualificar para la Etapa de Cobertura Catastrófica.

- **Por favor tenga en cuenta:** Si usted está en la Etapa de Brecha de Cobertura, posiblemente no pagaremos por ninguna porción de estos costos de medicamentos. Pero, si nos envía copia de su recibo, podremos calcular

correctamente sus costos de bolsillo, lo cual podría ayudarle a cualificar más rápidamente para la Etapa de Cobertura Catastrófica.

2. Cuando obtenga un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos afiliados están inscritos en programas de asistencia al paciente que ofrecen los fabricantes y que no son parte de los beneficios de nuestro plan. Si obtiene cualquier medicamento a través del programa de un fabricante de medicamentos, puede estar haciéndole un copago a dicho programa.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que sus gastos de bolsillo ayuden a que cualifique para la Etapa de Cobertura Catastrófica.

- **Por favor tenga en cuenta:** Como está obteniendo su medicamento a través de un programa de asistencia al paciente y no por los beneficios de nuestro plan, no pagaremos por ninguna porción de esos costos. Pero, si nos envía copia de su recibo, podremos calcular correctamente sus costos de bolsillo, lo cual podría ayudarle a cualificar más rápidamente para la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Como en los dos casos ya descritos usted no nos solicitaría un pago, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, usted no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos como afiliado 169

Sección 1.1 Debemos proveer información que se adapte a usted (en un idioma que no sea español, en Braille, en letra grande u otros formatos alternos) 169

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than Spanish, in Braille, in large print, or other alternate formats, etc.) 169

Sección 1.2 Siempre debemos tratarlo con imparcialidad y respeto 170

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos 170

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud 171

Sección 1.5 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 178

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado 179

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado 181

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si piensa que está siendo tratado injustamente o que no se están respetando sus derechos? 181

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos 182

SECCIÓN 2 Usted tiene varias responsabilidades como afiliado del plan 182

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 182

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos como afiliado

Sección 1.1 Debemos proveer información que se adapte a usted (en un idioma que no sea español, en Braille, en letra grande u otros formatos alternos)

Para obtener nuestra información en un formato que se adapte a usted, por favor, llame a Servicios al Afiliado (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto).

Nuestro plan tiene personal y servicios gratuitos de intérprete disponibles para contestar preguntas de afiliados discapacitados y afiliados que no hablen español. También, le brindamos nuestra información Braille, en letra grande 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 se adapte a usted, por favor comuníquese con Servicios al Afiliado (los números de teléfono están impresos al dorso de este folleto) o comuníquese con nuestro Departamento de Apelaciones y Querellas.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, por favor llame para presentar una querella con Servicios al Afiliado (los números de teléfono están impresos al dorso de este folleto). Usted también puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de Cobertura o con este envío, o puede contactar a Servicios al Afiliado para información adicional.

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than Spanish, in Braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled, non-Spanish speaking members. We can also give you information in Braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact our Appeals and Grievances Department.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office of Civil Rights. Contact information is included in this

Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services for additional information.

Sección 1.2 Siempre debemos tratarlo con imparcialidad y respeto

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen a usted del discrimen y del trato injusto. **Nosotros no discriminamos** en base a raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia con reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o zona geográfica dentro del área de servicio.

Si quiere más información o tiene inquietudes sobre el discrimen o trato injusto, por favor, 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.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso al cuidado, por favor, llámenos a Servicios al Afiliado (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto). Si tiene una queja, como un problema de acceso para silla de ruedas, Servicios al Afiliado le puede ayudar.

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Como afiliado de nuestro plan, usted tiene derecho a escoger un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) de la red del plan para que provea y coordine sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 le explica más). Llame a Servicios al Afiliado para saber qué médicos están aceptando pacientes nuevos (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto). Usted tiene el derecho de ir a un especialista en el cuidado de la salud de la mujer (como un Ginecólogo) sin un referido.

Como afiliado del plan, tiene derecho a conseguir citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un tiempo razonable.* Esto incluye el derecho a obtener servicios de especialistas dentro de un tiempo prudente cuando usted necesite el cuidado. Además, tiene derecho a obtener sus recetas o repeticiones en cualquier farmacia de nuestra red sin esperas largas.

Si usted considera que no está recibiendo el cuidado médico o los medicamentos de la Parte D dentro de un tiempo razonable, el Capítulo 9, Sección 10 de este folleto le dice qué puede hacer. (Si hemos denegado cobertura para su cuidado médico o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 4 le dice qué puede hacer.)

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y de su información personal de salud. Nosotros protegemos su información personal de salud como lo requieren estas leyes.

- Su "información personal de salud" incluye los datos personales que usted nos brindó al afiliarse al plan, así como también sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la recopilación de información y el control del uso de su información de salud. Nosotros le enviamos una notificación escrita que se conoce como "Aviso de Prácticas de Privacidad", la cual habla sobre estos derechos y explica cómo nosotros protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo utilizamos su información de salud?

- Nuestro plan utiliza su información de salud para tratamientos, para obtener pagos por tratamientos, para propósitos administrativos y para evaluar la calidad del cuidado que usted recibe.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que sus expedientes no puedan ser vistos ni alterados por personas sin autorización, limitando el acceso a información escrita y electrónica. También adiestramos a los empleados a no hacer divulgaciones orales.
- En la mayoría de los casos, si le damos su información de salud a cualquiera que no sea un proveedor suyo o alguien que esté pagando por su cuidado, *tenemos que obtener un permiso escrito de usted primero.* Un permiso escrito puede ser provisto por usted o alguien a quien usted le ha asignado poder legal de tomar decisiones en representación suya.
- Hay ciertas excepciones que no requieren su permiso escrito de antemano. Estas excepciones están permitidas o son requeridas por ley.
    - Por ejemplo, se nos requiere conceder acceso a su información de salud a las agencias gubernamentales que estén supervisando la calidad del cuidado.
    - Como usted es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, debemos compartir su información de salud con Medicare, incluyendo información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare hace accesible su información con propósitos investigativos o para otros usos, se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales.

Puede ver la información de sus expedientes y saber cómo se ha compartido con otros

Usted tiene derecho a examinar sus expedientes médicos que el plan tiene en su poder y de obtener copia de los mismos. Se nos permite cobrar una tarifa por preparar sus copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que realicemos correcciones o agreguemos información a su expediente. Si usted nos pide esto, hablaremos con su proveedor de cuidado de salud para decidir si los cambios se deben hacer.

Usted tiene derecho a saber cómo su información de salud ha sido compartida con otros para propósitos no rutinarios.

Si tiene preguntas o inquietudes sobe la privacidad de su información personal de salud, por favor, llame a Servicios al Afiliado (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto).

Notificación de Prácticas de Privacidad
de
MMM OF FLORIDA, INC.
Esta Notificación es efectiva desde el 1 de enero de 2019

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA O DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISELO CUIDADOSAMENTE.

MMM of Florida, Inc. (MMM of Florida) está comprometida en proteger la privacidad de sus expedientes médicos y su información de salud personal. MMM of Florida está requerida por ley a mantener la privacidad de su información personal y proveerle a usted una notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad respecto a su información de salud personal. En caso de que ocurra una violación a la seguridad de su información protegida de salud, usted tiene derecho a ser notificado. Esta notificación describe cómo MMM of Florida usa y divulga su información de salud personal. También describe sus derechos y nuestros deberes respecto a su información de salud personal. MMM of Florida sigue los deberes y prácticas de privacidad notificados en esta aviso y no usará ni compartirá su información personal de salud de otra manera que la descrita en esta notificación a menos que usted lo autorice por escrito. Usted puede encontrar copia de esta notificación en nuestra página web www.mmm-fl.com.

¿Qué es "información de salud personal"?

- Son los datos que usted nos dio cuando se afilió a MMM of Florida incluyendo sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le dan derechos relacionados a obtener información y controlar cómo su información de salud es usada. MMM of Florida le entrega una notificación escrita que se conoce como Notificación de Prácticas de Privacidad que contiene información sobre:
  - cómo MMM of Florida protege la privacidad de su información de salud
  - cómo MMM of Florida usa o divulga su información de salud
  - cómo usted puede ver la información en sus archivos

¿Cómo MMM of Florida Protege la Privacidad de su Información de Salud?

Su información de salud está en un registro médico que es propiedad de MMM of Florida.

- MMM of Florida se asegura que personas no autorizadas, no puedan ver o cambiar sus expedientes.
- MMM of Florida cuenta con un protocolo de seguridad en todas las áreas y equipos en los que podría encontrarse información de salud de los afiliados.
- Generalmente hablando, MMM of Florida necesita de usted o su representante legal una autorización por escrito antes de que MMM of Florida divulgue su información de salud a cualquiera que no esté proveyendo o pagando por su cuidado.
- La ley permite ciertas excepciones que no requieren que MMM of Florida obtenga primero su permiso por escrito.
  - Por ejemplo, se requiere que MMM of Florida comparta su información de salud con agencias de gobierno que están supervisando la calidad de su cuidado.

MMM of Florida utiliza información de salud sobre usted con el propósito de proveerle tratamiento, para obtener el pago por el tratamiento provisto, para propósitos administrativos y para evaluar la calidad del cuidado recibido. Su información de salud está contenida en un registro médico que es propiedad física de MMM of Florida.

¿Cómo MMM of Florida Puede Usar o Divulgar su Información de Salud?

Su información de salud puede ser utilizada o divulgada para uno o más de los siguientes propósitos **sin requerir su autorización**:

Para proveerle tratamiento u otros servicios, asegurando que todos los proveedores de servicios de salud que atienden su tratamiento tienen acceso a la información específica y de primera mano que se encuentra en su expediente, de manera que su cuidado sea coordinado correctamente.

Para obtener el pago, tratamiento y servicios que usted haya recibido. Por ejemplo, una factura que se le envíe a usted o a quien pague por sus servicios, como una compañía de seguros o un plan médico. La información en la factura puede tener información que le identifique a usted, su diagnóstico, tratamiento, medicamentos y otros datos.

Para Operaciones de Cuidado de Salud: Por ejemplo, su información de salud puede ser divulgada a miembros del personal médico, personal de manejo de riesgos o mejoramiento de la calidad y otros para:

- evaluar el desempeño de nuestro personal
- evaluar la calidad del cuidado y resultados en su caso y casos similares
- evaluar cómo mejorar nuestros servicios y facilidades
- determinar cómo mejorar continuamente la calidad y efectividad del cuidado que brindamos

Para proveerle recordatorio de citas o información sobre tratamientos alternativos, o cualquier otro beneficio o servicio relacionado con la salud que puede interesarle.

Requisitos por Ley: MMM of Florida puede usar o divulgar información de salud acerca de usted según lo requiera la ley. Por ejemplo:

- Para procedimientos judiciales y administrativos de conformidad con la autoridad legal
- Para reportar información relacionada con víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Para asistir oficiales de ley en sus deberes de hacer cumplir la ley

Salud Pública: MMM of Florida puede usar o divulgar su información de salud para actividades de salud pública, como ayudar a las autoridades de salud pública u otras autoridades legales a prevenir o controlar una enfermedad, heridas, incapacidad o para otras actividades de supervisión de salud pública.

Además, MMM of Florida puede usar o divulgar su información de salud para propósitos de:

Funciones Gubernamentales Especializadas, como la protección de oficiales públicos o para reportar a varias ramas del servicio militar.

Para cumplir leyes y regulaciones relacionadas con **Compensación a Empleados**.

Salud y Seguridad: para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad suya o de cualquier otra persona conforme a las leyes aplicables.

A Familiares, Amigos u Otras Personas Involucradas en su Cuidado de Salud: MMM of Florida puede divulgar su información de salud a un miembro de su familia, o un amigo, o cualquier otra persona identificada por usted que esté involucrada con su cuidado, o que sea responsable con el pago de sus servicios médicos. Antes de la divulgación, MMM of Florida le

brindará la oportunidad de objetar la divulgación. En caso de una emergencia, o si no puede aceptar u objetar a la divulgación, MMM of Florida utilizará su juicio profesional para determinar si la divulgación es en su mejor interés y divulgará solo la información de salud protegida que sea directamente relevante a la participación de la persona en su cuidado o en el pago de cuidado.

Difuntos: MMM of Florida puede usar o divulgar información de salud a directores funerales o jueces para permitirles llevar a cabo sus deberes legales.

Donación de Órganos: MMM of Florida puede usar o divulgar información de salud para propósitos de donación de órganos de ser necesario para llevar a cabo la donación.

Investigación: MMM of Florida pudiera divulgar información de salud para propósitos de investigación.

Récords de Inmunización de Estudiantes: MMM of Florida puede divulgar prueba de inmunización a una escuela si la ley le requiere a la escuela tener dicha evidencia antes de la admisión y MMM of Florida documenta el acuerdo de divulgación de usted o el padre, tutor o persona actuando como custodio del menor.

Divulgaciones al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS): MMM of Florida debe divulgar su información protegida de salud al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para determinar si MMM of Florida cumple con los requisitos de HIPAA y fines de cumplimiento.

Otros Usos

Notas de Sicoterapia: MMM of Florida sólo puede compartir información sobre notas de sicoterapia con su autorización escrita, excepto si el uso es para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud; por el originador de las notas para su tratamiento; cuando la divulgación es como parte de un programa de práctica de estudiantes o practicantes bajo la debida supervisión para el adiestramiento de sus habilidades de consejería, y como parte de una defensa ante un pleito legal. También se puede divulgar cuando la ley lo requiera.

Información Genética: MMM of Florida no puede usar o divulgar información genética para propósitos de suscripción. No obstante, MMM of Florida podría utilizar información genética, por ejemplo, para determinar la necesidad médica cuando usted solicita un beneficio bajo el plan o cubierta.

Recaudación de Fondos: Únicamente con su permiso, MMM of Florida puede divulgar su información de salud para actividades de recaudación de fondos. Usted puede solicitarnos en cualquier momento que no le enviemos dichas notificaciones.

Mercadeo: MMM of Florida podrá contactarlo sin su autorización para: 1) proveerle información sobre productos o servicios relacionados a su tratamiento o para realizar nuestras funciones administrativas sobre el cuidado de la salud; 2) proveerles un regalo de valor nominal; 3) para comunicaciones cara a cara; 4) para informarle sobre programas gubernamentales que pudieran ser de su interés y 5) para enviarle recordatorios sobre medicamentos u otras comunicaciones sobre el uso de un medicamento que usted esté tomando. Si MMM of Florida recibiera remuneración financiera por realizar una comunicación de mercadeo, MMM of Florida necesita su autorización antes de enviar dicha comunicación.

Venta de Información Protegida de Salud: MMM of Florida no puede vender su información protegida de salud a menos que MMM of Florida reciba una autorización escrita de usted. Propósitos de investigación es un ejemplo de venta de información protegida de salud.

Otros usos y divulgaciones podrán realizarse solamente con su autorización escrita; y usted podrá revocar dicha autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida que MMM of Florida haya tomado acción en dichos usos y divulgaciones**.**

Usted tiene el derecho a:

- Inspeccionar sus registros médicos mantenidos en el plan.
- Saber cómo MMM of Florida ha compartido su información con otros.
- Obtener una copia de sus expedientes, usualmente dentro de un término de (30) días de su solicitud. MMM of Florida está autorizado a solicitarle un pago por hacer estas copias.
- Pedir a MMM of Florida que haga correcciones o añadamos a sus registros médicos sometiendo una solicitud para enmendar su PHI completando el formulario de solicitud, disponible en centros de servicios al afiliado de MMM of Florida. Si nos solicita esto, MMM of Florida considerará su solicitud y decidirá qué cambios se deben hacer.
- Conocer cómo su información de salud ha sido compartida con otros para cualquier propósito que no sea rutinarios. Por ejemplo, puede preguntar a quien se ha compartido su información de salud protegida durante un periodo de tiempo específico. Puede solicitar un informe de divulgaciones de su información de salud completando un formulario de solicitud, disponible en los centros de servicios al afiliado de MMM of Florida.
- Solicitar una restricción de su información de salud, aunque MMM of Florida no está requerido a aceptar dicha solicitud. Si MMM of Florida acepta la restricción, cumplirá con la misma, excepto para proporcionarle un tratamiento de emergencia cuando se necesite la PHI restringida para brindar dicho tratamiento. Puede solicitar una solicitud de restricción de su PHI completando un formulario de solicitud, disponible en los centros de servicio al afiliado de MMM of Florida.
- Recibir comunicaciones confidenciales sobre información de salud bajo una forma en específico o en una ubicación especifica. Por ejemplo, usted puede solicitarle a MMM of Florida que le envíe información de salud a una cuenta de correo electrónico en particular o a su dirección de trabajo. MMM of Florida cumplirá con la solicitud razonable presentada por escrito con las especificaciones de como recibir estas comunicaciones.

Puede solicitar comunicaciones confidenciales completando un formulario de solicitud, disponible en los centros de servicio al afiliado de MMM of Florida.
- Recibir una copia en papel de la Notificación de Practicas de Privacidad si así lo solicita, aunque anteriormente haya accedido a recibirla por correo electrónico.

Se requiere que MMM of Florida cumpla con los términos de esta notificación. Si MMM of Florida implementa un cambio a las prácticas de privacidad descritas en ésta notificación antes de emitir una notificación revisada, MMM of Florida se reserva el derecho de cambiar los términos de esta notificación y hacer las nuevas disposiciones efectivas para toda la información protegida de salud que MMM of Florida mantiene. MMM of Florida publicará cualquier cambio realizado a esta notificación en la página web de la compañía y proveerá copia de la notificación en el próximo envío de correo masivo anual**.**

Quejas

Usted tiene derecho a presentar quejas con MMM of Florida y con el Departamento de Servicios de Salud, Oficina para los Derechos Civiles, llamando al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o su oficina local para los Derechos Civiles. Nosotros no le vamos a penalizar ni se van a tomar represalias contra usted por presentar una queja al Departamento de Servicios de Salud, Oficina para los Derechos Civiles. MMM of Florida no penalizará ni tomará represalias contra usted por presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Si usted cree que sus derechos han sido violados, llamar a Servicios al Afiliado es el primer paso. Si no desea llamar (o si llamó y no se sintió satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla al:

Departamento de Cumplimiento
Oficial de Privacidad
Tel: 1-855-340-4235
Fax: 1-833-523-2631
P.O. Box 260370
Miami, FL 33126

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud protegida o desea presentar una queja, por favor llámenos a:

Para afiliados de MMM of Florida: 1-844-212-9858 (Libre de Cargos), 1-833-523-2620 (TTY audio impedidos), lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Sección 1.5 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como afiliado de MMM Elite, usted tiene derecho a que le proporcionemos cierto tipo de información. (Como explicamos en la Sección 1.1, usted tiene derecho a obtener nuestra información en formatos útiles para usted. Esto incluye proveerle información en idiomas que no sean el español, en letra grande y otros formatos alternos.)

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de la compañía. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones sometidas por afiliados y el índice de rendimiento de la empresa, incluyendo cómo el plan ha sido calificado por sus afiliados y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red, incluyendo nuestras farmacias de la red.**
    - Por ejemplo, usted tiene derecho a solicitarnos información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y cómo les pagamos.
    - Para obtener una lista de los proveedores de la red, vea el *Directorio de Proveedores y Farmacias.*
    - Para obtener una lista de las farmacias de la red, vea el *Directorio de Proveedores y Farmacias.*
    - Para información más detallada sobre nuestros proveedores y farmacias, llame a Servicios al Afiliado (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto) o visite nuestra página de Internet, en www.mmm-fl.com.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando utilice su cobertura.**
    - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos usted tiene cubiertos, cualquier restricción en su cobertura, y las reglas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos.
    - Para obtener detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, vea los Capítulos 5 y 6 de este folleto como también la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).* Estos capítulos, junto con la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, le dicen qué medicamentos están cubiertos y le explican las reglas que debe seguir y sus restricciones de cobertura para ciertos medicamentos.
    - Si tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, por favor, llame a Servicios al Afiliado (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto).
- **Información que explica por qué algo no está cubierto y qué puede hacer.**

- Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no están cubiertos para usted o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede pedirnos una explicación escrita. Usted tiene derecho a esta explicación aun habiendo obtenido el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
- Si no está satisfecho o si no está de acuerdo con alguna decisión que tomemos relacionada con qué servicios médicos o medicamentos de la Parte D están cubiertos para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Para detalles sobre qué hacer si el plan no cubre algo como usted crea que se deba cubrir, vea el Capítulo 9 de este folleto. El mismo le explica los pormenores sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también le explica cómo presentar una queja sobre calidad de cuidado, tiempos de espera y otras inquietudes.)
- Si quiere pedirnos que paguemos la porción que nos corresponde de una factura que ha recibido por cuidado médico o un medicamento recetado de la Parte D, vea el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado

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

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

También tiene derecho a participar de lleno en decisiones sobre su cuidado de salud. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre el tratamiento que le convenga más, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que se le expliquen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, sin importar el costo o si el plan las cubre o no. También incluye el que se le oriente sobre programas que ofrezca el plan para ayudar a que los afiliados administren sus medicamentos y los utilicen de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen de cualquier riesgo relacionado con su cuidado. Se le debe notificar por adelantado si algún cuidado médico o tratamiento propuesto es parte de un experimento investigativo. Usted siempre tiene la opción de negarse a cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otra facilidad médica, aun cuando su médico le aconseje lo contrario. También tiene derecho a dejar de tomar

sus medicamentos. Por supuesto, si usted rehúsa un tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, asume total responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

- **Recibir una explicación si se le deniega la cobertura para su cuidado.** Usted tiene derecho a recibir una explicación por parte nuestra si un proveedor le deniega el cuidado que usted entiende que debe recibir. Para obtener esta explicación, tendrá que solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto le dice cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar sus propias decisiones médicas

A veces, a causa de accidentes o enfermedades graves, las personas pierden la capacidad de tomar decisiones propias sobre su cuidado. Usted tiene derecho a expresar lo que quiere que suceda de encontrarse en esa situación. Quiere decir que, si usted lo desea, puede:

- Completar un formulario escrito que le **otorgue a alguien autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez pierde la capacidad de tomar decisiones por su cuenta.
- **Darle a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que manejen su cuidado médico si usted pierde la capacidad de tomar sus propias decisiones.

Los documentos legales que puede utilizar para comunicar sus instrucciones de antemano se llaman "directrices anticipadas". Hay diferentes tipos de directrices anticipadas y diferentes nombres para dichos documentos. Los documentos conocidos como "testamento en vida" y "poder notarial para el cuidado de la salud" son ejemplos de directrices anticipadas.

Si desea usar una "directriz anticipada" para dar instrucciones, vea a continuación lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Si desea preparar una directriz anticipada, puede obtener un formulario a través de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces, puede obtener formularios de directrices anticipadas a través de organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede llamar a Servicios al Afiliado (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto).
- **Llénelo y fírmelo.** No importa dónde usted obtenga el formulario, recuerde que es un documento legal. Debe considerar la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregar copias del formulario a su médico y a quien usted haya nombrado en el mismo como la persona autorizada para tomar decisiones por usted. Tal vez quiera darles copias a sus amigos cercanos o a miembros de la familia. Recuerde guardar una copia en su hogar.

Si usted sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado una directriz anticipada, lleve una copia al hospital.

- Si le admiten en un hospital, le preguntarán si ha firmado una directriz anticipada y si la tiene consigo.
- Si usted no ha firmado una directriz anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que, es usted quien decide si quiere firmar una directriz anticipada (incluso si quiere firmar una estando en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede denegarle cuidado de salud o discriminar en su contra por haber firmado una directriz anticipada o no.

¿Qué sucede si no se siguen las directrices?

Si usted ha firmado una directriz anticipada y cree que un médico u hospital no ha seguido las instrucciones en la misma, puede radicar una querella con el Departamento de Salud.

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos decisiones que hemos tomado

Si usted tiene algún problema o inquietud acerca de sus servicios cubiertos o cuidado de salud, el Capítulo 9 de este folleto le indica qué puede hacer. El mismo le da detalles sobre cómo manejar todo tipo de problemas y quejas. Lo que usted tiene que hacer para darle seguimiento a un problema o preocupación depende de la situación. Podría tener que pedirle al plan que tome una decisión de cobertura a nombre suyo, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Lo que sea que haga – pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja - **estamos obligados a tratarlo justamente**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros afiliados han presentado en contra de nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicios al Afiliado (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto).

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si piensa que está siendo tratado injustamente o que no se están respetando sus derechos?

Si se trata de discrimen, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que le han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos por razón de raza, discapacidad, religión, género, salud, origen étnico, creencia (credo), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios

Humanos al 1-800-368-1019 o al 1-800-537-7697 para usuarios de TTY, o llame a su oficina local de Derechos Civiles.

¿Se trata de algo más?

Si cree que le han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, *y no* se trata de discrimen, puede obtener ayuda para atender su problema:

- Puede llamar a **Servicios al Afiliado** (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto).
- Puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- O, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede conseguir más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios al Afiliado** (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto).
- Puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés)**. Para más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
    - Puede visitar la página de Internet de Medicare (http://www.medicare.gov) para leer o descargar la publicación "Sus Derechos y Protecciones bajo Medicare". (La publicación está disponible en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
    - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene varias responsabilidades como afiliado del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Las cosas que necesita hacer como afiliado de nuestro plan se mencionan a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Afiliado (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con sus servicios de cobertura y las reglas que debe seguir para obtener dichos servicios.** Utilice este folleto de *Evidencia de Cobertura* para enterarse de qué incluye su cobertura y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 le dan detalles sobre sus servicios médicos, incluyendo lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las reglas que debe seguir y lo que usted paga.
    - Los Capítulos 5 y 6 le dan detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos recetados además de la de nuestro plan, se requiere que nos lo informe. Por favor, llame a Servicios al Afiliado para notificárnoslo (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto).
    - Estamos obligados a seguir ciertas reglas establecidas por Medicare para asegurar que usted esté utilizando todas sus coberturas combinadas cuando obtenga servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se llama "**coordinación de beneficios**", porque consta de coordinar los beneficios de salud y medicamentos que recibe de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos que tenga disponible. Nosotros le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para más información sobre la coordinación de beneficios, vea el Capítulo 1, Sección 10.)
- **Dígale a su médico y a sus otros proveedores de cuidado de salud que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de afiliado siempre que vaya a recibir cuidado médico o a obtener medicamentos recetados de la Parte D.
- Ayude a que su médico y otros proveedores de la salud le ayuden a usted, al facilitarles información, hacerles preguntas y darle seguimiento a su salud.
    - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de la salud le den el mejor cuidado posible, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y provéales a ellos toda la información que necesiten sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que sus médicos y usted hayan acordado.
    - Cerciórese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que esté tomando, incluyendo los que estén fuera del recetario, vitaminas y suplementos.
    - Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas. Sus médicos y otros proveedores de la salud deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si pregunta algo y no comprende la respuesta que le dan, pregunte otra vez.
- **Sea considerado.** Nosotros esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted se comporte de manera que facilite el buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.

- **Pague lo que deba.** Como afiliado del plan, usted es responsable por los siguientes pagos**:**
    - Para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Por esta razón, algunos afiliados del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare y la mayoría de los afiliados deben pagar una prima por la Parte B de Medicare para permanecer en el plan.
    - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted tiene que pagar su porción del costo al recibir el servicio o medicamento. Esto será un copago (una cantidad fija) o un coaseguro (un por ciento del costo total). El Capítulo 4 le dice lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le dice lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
    - Si obtiene algún servicio médico o medicamento que no esté cubierto por el plan o por otro seguro que usted tenga, tendrá que pagar el costo total.
        - Si no está de acuerdo con una decisión nuestra de denegarle cobertura por un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Por favor, vea el Capítulo 9 de este folleto para información sobre cómo presentar una apelación.
    - Si se le requiere pagar una penalidad por afiliación tardía, debe pagar la misma para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
    - Si se le requiere pagar una cantidad extra por la Parte D debido a su ingreso anual, debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para poder permanecer como afiliado de nuestro plan.

- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos lo diga inmediatamente. Llame a Servicios al Afiliado (los números aparecen impresos al dorso de este folleto).
    - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir como afiliado.** (El Capítulo 1 le informa sobre nuestra área de servicio.) Podemos ayudarle a confirmar que está mudándose fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá disponible un Período Especial de Afiliación durante el cual podrá afiliarse a cualquier plan de Medicare que esté disponible en su nueva área. Podemos indicarle si tenemos un plan en su nueva área.
    - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, de todos modos debemos saberlo** para poder mantener su expediente de afiliación al día y saber cómo comunicarnos con usted.
    - Si se muda, es también importante que le notifique a la Administración de Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Podrá encontrar el número telefónico e información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.

- **Llame a Servicios al Afiliado para ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** Recibimos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener sobre cómo mejorar nuestro plan, incluyendo recomendaciones sobre los derechos de los afiliados y políticas de responsabilidad dentro de la organización.

    - Los números telefónicos y horarios de llamadas para Servicios al Afiliado están impresos al dorso de este folleto.
    - Para más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluyendo nuestra dirección postal, por favor, vea el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

TRASFONDO 190

SECCIÓN 1 Introducción 190
Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o preocupación 190
Sección 1.2 ¿Y los términos legales? 190

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones del gobierno que no están relacionadas con nosotros 191
Sección 2.1 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada 191

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe usar para atender su problema? 191
Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas? 191

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 192

SECCIÓN 4 Una guía con los datos básicos sobre decisiones de cobertura y apelaciones 192
Sección 4.1 Solicitando decisiones de cobertura y presentando apelaciones: el panorama completo 192
Sección 4.2 Cómo conseguir ayuda si está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación 193
Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo le brinda detalles sobre su situación? 194

SECCIÓN 5 Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 195
Sección 5.1 Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para su cuidado médico o si desea que le reembolsemos nuestra porción del costo de su cuidado 195
Sección 5.2 Paso por paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o provea la cobertura de cuidado médico que usted desea) 197
Sección 5.3 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la reevaluación de una decisión de cobertura sobre cuidado médico hecha por nuestro plan) 200
Sección 5.4 Paso por paso: Cómo realizar una Apelación de Nivel 2 204

Sección 5.5 ¿Qué pasa si usted le pide a nuestro plan el pago de nuestra porción de una factura por cuidado médico que recibió? 206

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 207

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea un reembolso por un medicamento de la Parte D 207

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 209

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber sobre solicitar excepciones 211

Sección 6.4 Paso por paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción 212

Sección 6.5 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la reevaluación de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 216

Sección 6.6 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 219

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos prolongar su cobertura de hospitalización si piensa que el médico le está dando de alta muy pronto 221

Sección 7.1 Durante su hospitalización, usted recibirá una notificación escrita de Medicare que le informa sobre sus derechos 222

Sección 7.2 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital 223

Sección 7.3 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital 226

Sección 7.4 ¿Qué sucede si deja pasar la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1? 227

SECCIÓN 8 Cómo solicitar una extensión de cobertura para ciertos servicios médicos si piensa que la misma está terminando muy pronto 231

Sección 8.1 Esta sección trata sobre solo tres servicios: Cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería diestra, y los servicios de un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) 231

Sección 8.2 Le informaremos por adelantado cuando su servicio esté por terminar 231

Sección 8.3 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado por más tiempo 232

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado por más tiempo 235

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se le pasa la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1? 236

SECCIÓN 9 Llevando su apelación al Nivel 3 y más lejos 239

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para Apelaciones sobre Servicios Médicos 239

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 para Apelaciones sobre Medicamentos de la Parte D 241

PRESENTACIÓN DE QUEJAS 242

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad del servicio, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras preocupaciones 242

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan a través del proceso de quejas? 243

Sección 10.2 El término formal para la frase "presentar una queja" es "radicar una querella" 245

Sección 10.3 Paso por paso: Presentando una queja 245

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre calidad de servicio a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad 246

Sección 10.5 También puede presentar sus quejas a Medicare 247

TRASFONDO

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o preocupación

Este capítulo explica dos tipos de procesos para manejar problemas y preocupaciones:

- Para algunos tipos de problemas, usted debe usar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso de presentar quejas**.

Estos dos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar el trato justo y el manejo eficiente de sus problemas, cada proceso tiene un grupo de reglas, procedimientos y fechas límites que tanto nosotros como usted debemos seguir.

¿Cuál debe usar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe seguir.

Sección 1.2 ¿Y los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunos procedimientos, reglas y tipos de fechas límites que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son comunes para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar, este capítulo describe los procedimientos y reglas legales usando palabras sencillas en vez de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice "presentar una queja" en vez de "radicar una querella", "decisión de cobertura" en vez de "determinación de la organización" o "determinación de cobertura" o "determinación en riesgo" y "Organización Independiente de Revisión" en vez de "Entidad Independiente de Revisión". También usa abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, podría ser útil (y a veces muy importante) para la situación en la que se encuentre el conocer los términos legales correctos. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse con más claridad y exactitud cuando esté manejando su problema y a conseguir la ayuda o información apropiada para su situación. Para ayudarle a conocer los términos que podría usar, incluimos los términos legales al explicar detalles sobre cómo manejar ciertas situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones del gobierno que no están relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde conseguir más información y asistencia personalizada

A veces, el proceso de comenzar a manejar un problema o de darle seguimiento puede ser confuso. Especialmente, cuando usted no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, puede ser que usted no tenga el conocimiento necesario para dar el próximo paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero en algunas situaciones usted también podría querer ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés)**. Este programa gubernamental cuenta con consejeros adiestrados en todos los estados. El programa no está vinculado con nuestro plan ni con otras compañías de seguros o planes de salud. Los consejeros de este programa le ayudan a comprender qué proceso debe utilizar para manejar el problema que tenga. También le pueden contestar sus preguntas, dar más información, y orientar sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Encontrará los números telefónicos en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

También puede obtener asistencia e información de Medicare

Para más información y asistencia en la solución de su problema, también puede comunicarse con Medicare. Aquí tiene dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar la página de Internet de Medicare (https://www.medicare.gov).

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

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que tengan que ver con su situación. La guía a continuación le ayudará.

Para ver qué parte de este capítulo le ayudará con su preocupación o problema específico, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema tiene que ver con los beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas sobre qué cuidado o medicamento recetado en particular está cubierto o no, la manera en que está cubierto y problemas relacionados con el pago por cuidado médico o medicamentos recetados.)

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o cobertura

- Vaya a la próxima sección de este capítulo, Sección 4, **"Una guía con los datos básicos sobre decisiones de cobertura y apelaciones."**

No. Mi problema no se trata de beneficios o cobertura.

- Salte a la Sección 10 al final de este Capítulo: **"Cómo presentar quejas sobre calidad del cuidado, tiempos de espera, servicio al cliente u otras preocupaciones."**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía con los datos básicos sobre decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Solicitando decisiones de cobertura y presentando apelaciones: el panorama completo

El proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones maneja los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para servicios médicos y medicamentos recetados, incluyendo problemas relacionados con pagos. Éste es el proceso que usted utiliza para manejar situaciones, como si algo está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitando decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobres sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión (favorable) de cobertura para usted cada vez que le brinda cuidado médico o cuando le refiere a un especialista médico. Usted o su médico también

pueden comunicarse con el plan y pedir una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico en particular o no acepta proveer cuidado médico que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos una decisión de cobertura.

Nosotros tomamos decisiones de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos determinar que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentando una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con la misma, puede "apelarla". Una apelación es una manera formal de pedirnos que revaluemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto se llama una Apelación de Nivel 1. En esta apelación, nosotros revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar que hayamos seguido todas las reglas correctamente. Su apelación es tramitada por analistas diferentes a los que tomaron la decisión original que no le favorecía. Cuando completamos la evaluación le comunicamos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, que se comentarán más adelante, usted puede solicitar una apelación acelerada o "decisión rápida de cobertura " o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si decimos que no a toda o parte de su Apelación de Nivel 1, usted puede pasar a una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 se lleva a cabo por una organización independiente que no está relacionada con nuestro plan. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a dicha organización independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo notificaremos. En otros casos, usted tendrá que solicitar la Apelación de Nivel 2.) Si no está satisfecho con la decisión de Apelación de Nivel 2, podría continuar a través de niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 Cómo conseguir ayuda si está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Quisiera ayuda? A continuación encontrará recursos que podría querer utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios al Afiliado** (los número telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto).
- Para **obtener asistencia gratis de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (vea la Sección 2 de este capítulo).

- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.**
    - Para cuidado médico, su doctor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en nombre suyo. Si su solicitud de Nivel 1 es denegada, será adelantada automáticamente a Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación más allá del Nivel 2, su médico debe ser nombrado oficialmente su representante.
    - Para medicamentos recetados de la Parte D, su doctor u otro profesional que le receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en nombre suyo. Para solicitar una apelación más allá del Nivel 2, su médico u otro profesional que le recete debe ser nombrado oficialmente su Representante.
- **Puede pedirle a alguien que le represente.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en nombre suyo como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Podría haber alguien que ya está legalmente autorizado a representarle bajo la ley estatal.
    - Si quiere que un amigo, pariente, su médico, otro proveedor u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Afiliado (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto) y solicite el formulario "Nombramiento de Representante". (El formulario también está disponible en la página de Internet de Medicare, en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestra propia página, en www.mmm-fl.com). El formulario le da a esa persona permiso para actuar en nombre suyo. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted quiere que lo represente. Debe entregarle al plan una copia del formulario firmado.

- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente**. Puede comunicarse con su propio abogado, o conseguir el nombre de uno a través del colegio de abogados en su área u otro servicio de referencia. También existen grupos que le proveerán servicio legal gratuito si reúne los requisitos. Sin embargo, usted no está obligado a contratar un abogado para pedir ningún tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo le brinda detalles sobre su situación?

Hay cuatro diferentes tipos de situaciones que tienen que ver con decisiones de cobertura y apelaciones. Ya que cada situación tiene reglas y fechas límites distintas, le daremos los detalles de cada una en secciones separadas:

- **Sección 5** de este capítulo - "Su cuidado médico: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"

- **Sección 6** de este capítulo - "Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"

- **Sección 7** de este capítulo - "Cómo solicitar que le cubramos una hospitalización más larga si piensa que el médico le está dando de alta muy pronto"

- **Sección 8** de este capítulo - "Cómo solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura está terminando muy pronto" (*Se aplica solo a estos servicios:* Cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería diestra y en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés.)

Si aún no está seguro de qué sección debe usar, por favor, llame a Servicios al Afiliado (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto). También puede obtener asistencia o información de organizaciones gubernamentales como su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (El Capítulo 2, Sección 3, de este folleto tiene los números telefónicos de este programa).

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

¿Ha leído la Sección 4 de este Capítulo (*Una guía de los datos básicos sobre decisiones de cobertura y apelaciones)?* Si no la ha leído, quizás quiera hacerlo antes de comenzar esta sección.

Sección 5.1 Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para su cuidado médico o si desea que le reembolsemos nuestra porción del costo de su cuidado

Esta sección trata sobre sus beneficios para el cuidado y servicios médicos. Estos son los beneficios que se describen en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga*). Para simplificar, por lo general nos referimos a "cobertura de cuidado médico" o "cuidado médico" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "cuidado médico o tratamiento o servicios".

Esta sección le dice qué hacer si se encuentra en una de las cinco situaciones a continuación:

1. Usted no está obteniendo cierto cuidado médico que desea, y piensa que este cuidado está cubierto por nuestro plan.
2. Nuestro plan no ha aprobado el cuidado médico que su médico u otro proveedor quiere brindarle, y usted piensa que este cuidado está cubierto por el plan.
3. Usted ha recibido cuidado o servicios médicos que usted cree que deben estar cubiertos por el plan, pero le hemos comunicado que no pagaremos por este cuidado.

4. Usted ha recibido y pagado por cuidado o servicios médicos que usted cree que deben estar cubiertos por el plan, y quiere pedirle al plan un reembolso por este cuidado.
5. Se le ha comunicado que la cobertura por cierto cuidado médico que ha estado recibiendo y que anteriormente habíamos aprobado se va a reducir o suspender, y usted piensa que reducir o suspender este cuidado podría afectar su salud.

   TENGA EN CUENTA QUE: **Si la cobertura que se va a suspender es por cuidado en un hospital, cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería diestra o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral Ambulatoria, (CORF, por sus siglas en inglés),** debe leer una sección diferente en este capítulo porque hay reglas especiales que se aplican a estos tipos de cuidado. En estas situaciones, debe leer lo siguiente:

   - Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitar una cobertura de hospitalización más larga si piensa que le están dando de alta muy pronto.*
   - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitar la continuación de cobertura para ciertos servicios si piensa que dicha cobertura está terminando muy pronto.* Esta sección trata sobre solo tres servicios: cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería diestra o servicios en un Centro para Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés).

- Use esta Sección 5 como su guía para *todas las otras* situaciones en las cuales se le notifique que el cuidado médico que ha estado recibiendo se va a suspender.

¿En cuáles de estas situaciones se encuentra?

Si esta es su situación:	Lo que puede hacer:
¿Quiere saber si cubriremos el cuidado médico o servicio que desea?	Debe pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Pase a la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 5.2.**
¿Ya le notificamos que no cubriremos o pagaremos por un servicio médico de la manera en que usted desea que se cubra o se pague?	Usted puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos está pidiendo una reconsideración.) Salte a la **Sección 5.3** de este capítulo.
¿Quiere pedirnos un reembolso por cuidado o servicios médicos que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Salte a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso por paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o provea la cobertura de cuidado médico que usted desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura tiene que ver con su cuidado médico, se llama **"determinación de la organización".**

Paso 1: Usted le pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura relacionada con el cuidado médico que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **"decisión rápida de cobertura".**

Términos legales
A una "decisión rápida de cobertura" se le llama una **"decisión acelerada (expedita)".**

Cómo solicitar cobertura por el cuidado médico que desea

- Comience por llamar, escribir o enviarle un fax a nuestro plan para hacer su solicitud de autorización o de cobertura por el cuidado médico que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura relacionada con su cuidado médico.*

Por lo general, utilizamos las fechas límites normales para comunicarle una decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, utilizaremos las fechas límites "normales" (estándar) a menos que hayamos acordado utilizar las fechas límites "rápidas". Una decisión normal de cobertura quiere decir que le estaremos dando una respuesta dentro de 14 días calendario luego de recibir su petición.

- **Sin embargo, podríamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted pide más tiempo, o si necesitamos información (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) que le podría beneficiar. Si decidimos tomar días adicionales para comunicarle nuestra decisión, se lo notificaremos por escrito.
- Si usted cree que *no* debemos tomar más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, responderemos a la misma dentro de 24 horas. (El proceso para presentar quejas es diferente al proceso para decisiones de cobertura y

apelaciones. Para más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, solicite que le demos una "decisión rápida de cobertura"

- **Una decisión rápida de cobertura significa que le contestaremos dentro de 72 horas.**
    - **Sin embargo, podríamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si descubrimos que falta alguna información que lo beneficiaría (como un expediente médico de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para proveernos información para evaluar. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
    - Si usted cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para más información sobre el proceso de presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto tomemos una decisión.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe reunir dos requisitos:**
    - Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si está solicitando cobertura para cuidado médico que *aún no ha recibido*. (Usted no podrá obtener una decisión rápida de cobertura si su petición se trata de pago por cuidado médico que ya ha recibido).
    - Usted puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si usar las fechas límites normales pudiera *causarle daño grave a su salud o perjudicar su capacidad de funcionar.*
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura," accederemos automáticamente a darle dicha decisión.**
- Si solicita una decisión rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, nuestro plan decidirá si su salud requiere que tomemos esa decisión rápida.
    - Si decidimos que su condición médica no reúne los requisitos para darle una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que así lo indique (y en su lugar, utilizaremos las fechas límites normales).
    - Dicha carta le comunicará que si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente se la daremos.
    - La carta también explicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra determinación de darle una decisión normal en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. (Para más información sobre el proceso de presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo).

<u>Paso 2:</u> Nuestro plan considera su solicitud de cobertura para cuidado médico y le damos nuestra respuesta.

Las fechas límites para una decisión "rápida" de cobertura

- Por lo general, para una decisión rápida de cobertura, le respondemos **dentro de 72 horas**.
    - Como se explica anteriormente, podríamos tardar 14 días calendario adicionales bajo ciertas circunstancias. Si determinamos que necesitaremos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo comunicaremos por escrito.
    - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión. Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de 24 horas. (Para más información sobre el proceso de presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo).
    - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas (o si hay un período extendido de tiempo al pasar esos días), usted tiene derecho a presentar una apelación. La Sección 5.3 a continuación le dice cómo presentar una apelación.
- **Si respondemos que sí a parte o a todo lo que solicitó,** debemos autorizar o proveer la cobertura de cuidado médico a la que accedimos, dentro de 72 horas después de recibir su petición. Si extendimos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, le autorizaremos o proveeremos la cobertura al finalizar el período extendido.
- **Si respondemos que no a parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no.

Las fechas límites para una decisión de cobertura "normal"

- Por lo general, para una decisión normal de cobertura, le responderemos **a más tardar 14 días calendario después de haber recibido su petición.**
    - Podríamos tardar hasta 14 días calendario adicionales ("un período extendido de tiempo") bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
    - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta dentro de 24 horas. (Para más información sobre el proceso de presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo).

- Si no le damos una respuesta dentro de 14 días calendario (o si hay un período extendido de tiempo, al final de ese período), usted tiene derecho a presentar una apelación. La Sección 5.3 a continuación le dice cómo presentar una apelación.

- **Si respondemos que sí a parte o todo lo que solicitó,** debemos autorizar o proveer la cobertura a la que accedimos a más tardar 14 días calendario luego de recibir su petición de cobertura. Si extendimos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión, le autorizaremos o proveeremos la cobertura al finalizar el período extendido.
- **Si respondemos que no a parte o todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no.

Paso 3: Si decimos que no a su petición de cobertura para cuidado médico, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si respondemos que no, usted tiene derecho a pedirnos una reconsideración, y tal vez un cambio en nuestra decisión, al presentar una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento por conseguir la cobertura para el cuidado médico que desea.
- Si decide presentar una apelación, quiere decir que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (vea la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la reevaluación de una decisión de cobertura sobre cuidado médico hecha por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de cuidado médico se llama una **"reconsideración"** por parte del plan.

Paso 1: Comuníquese con nuestro plan y presente su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida."**

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante tienen que comunicarse con nuestro plan.** Para detalles sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier asunto relacionado con su

apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nuestro plan cuando está presentando una apelación sobre su cuidado médico.*

- **Si está solicitando una apelación normal, presente la misma por escrito a través de una petición.**
    - Si alguien aparte de usted o su médico está apelando nuestra decisión por usted, su apelación debe incluir un formulario de Nombramiento de Representante que autorice a esa persona a representarle. (Para obtener el formulario, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto) y solicite el formulario "Nombramiento de Representante". También está disponible en la página de Internet de Medicare, https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestra página de Internet, en www.mmm-fl.com. Aunque podemos aceptar una petición de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o finalizar nuestra evaluación hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de 44 días calendario luego de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos a usted una notificación por escrito explicándole sus derechos de solicitarle a la Organización Independiente de Revisión que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Si está solicitando una apelación rápida, presente la misma por escrito o llámenos** al número telefónico que aparece en el Capítulo 2, Sección 1. (*Cómo comunicarse con nuestro plan cuando está presentando una apelación sobre su cuidado médico*).
- **Debe presentar su petición de apelación a más tardar 60 días calendario** luego de la fecha que aparece en la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra decisión sobre su solicitud para una decisión de cobertura. Si no cumple con la fecha límite y tiene una buena razón para no haberlo hecho, podríamos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenas razones para no cumplir con la fecha límite son: por causa de una enfermedad seria que impidió que pudiera comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información relacionada con su decisión médica y añadirle más información para apoyar su apelación.**
    - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación. A nosotros se nos permite cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.
    - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para apoyar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede pedirla por teléfono)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se llama una **"reconsideración acelerada (expedita)."**

- Si usted está apelando una decisión de nuestro plan sobre cobertura por cuidado que aún no ha recibido, usted y/o su médico deben decidir si necesita una "apelación rápida."
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que se utilizan para obtener una "decisión rápida de cobertura". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión rápida de cobertura. (Estas instrucciones aparecen anteriormente en esta sección)
- Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", se la daremos.

Paso 2: Nuestro plan considera su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan evalúa su apelación, volvemos a analizar cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura para cuidado médico. Verificamos que hayamos seguido todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Podríamos comunicarnos con usted o su médico para obtener la misma.

Fechas límites para una apelación "rápida"

- De utilizar las fechas límites rápidas, debemos darle una respuesta **a más tardar 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su salud requiere que lo hagamos.
    - Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, podríamos **tomar hasta 14 días calendario adicionales.** Si decidimos tomar días adicionales para la decisión, se lo notificaremos por escrito.
    - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas (o hacia el final del período extendido de tiempo si tomamos días adicionales), se nos requiere enviar automáticamente su petición al Nivel 2 del proceso de apelación, donde se evaluará por una organización independiente. Más adelante en esta sección le hablaremos sobre esta organización y le explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si respondemos que sí a parte o a todo lo que solicitó,** debemos autorizar o proveer la cobertura a la que accedimos a más tardar 72 horas luego de recibir su apelación.
- **Si respondemos que no a parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización Independiente de Revisión para solicitar una Apelación de Nivel 2.

Fechas límites para una apelación "normal"

- De utilizar las fechas límites normales, debemos darle una respuesta **dentro de 30 días calendario** después de recibir su apelación si la misma es sobre cobertura de servicios que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su condición de salud así lo requiere.
    - Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos tomar 14 días calendario adicionales.** Si decidimos tomar días adicionales para la decisión, se lo notificaremos por escrito.
    - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, responderemos a la misma dentro de 24 horas. (Para más información sobre el proceso de presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, vea la Sección 10 de este capítulo.)
    - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite que se menciona anteriormente, (o al final del período extendido de tiempo si tomamos días adicionales), se nos requiere enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelación, donde se evaluará por una organización independiente externa. Más adelante en esta sección le hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si respondemos que sí a parte o a todo lo que solicitó,** debemos autorizar o proveer la cobertura a la que accedimos a más tardar 30 días calendario luego de recibir su apelación.
- **Si respondemos que no a parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización Independiente de Revisión para solicitar una Apelación de Nivel 2.

<u>Paso 3:</u> Si nuestro plan contesta que no a parte o a toda su apelación, su caso se enviará automáticamente al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que seguimos todos los pasos cuando dijimos que no a su apelación, **a nuestro plan se le requiere enviar su apelación a una "Organización Independiente de Revisión"**. Hacer esto significa que su apelación pasará al próximo nivel del proceso de apelaciones, el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso por paso: Cómo realizar una Apelación de Nivel 2

Si nuestro plan deniega su Apelación de Nivel 1, su caso pasará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización Independiente de Revisión** analiza nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización decide si nuestra decisión se debe cambiar.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización Independiente de Revisión" es **"Entidad Independiente de Revisión".** A veces se le conoce como **"IRE", por sus siglas en inglés.**

<u>Paso 1:</u> La Organización Independiente de Revisión evalúa su apelación.

- **La Organización Independiente de Revisión es una entidad externa independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Medicare elige a una compañía para que realice las labores de la Organización Independiente de Revisión. Medicare supervisa su trabajo.
- Nosotros le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su "expediente de caso". **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente de caso.** Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proveerle a la Organización Independiente de Revisión información adicional para respaldar su apelación.
- Los analistas de la Organización Independiente de Revisión evaluarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si presentó una apelación "rápida" en el Nivel 1, también tendrá una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si le presentó a nuestro plan una apelación rápida en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **a más tardar 72** horas después de recibir la misma.
- Sin embargo, si la Organización Independiente de Revisión necesita recopilar más información que podría beneficiarle, **podría tomar hasta 14 días calendario adicionales.**

Si presentó una apelación "normal" en el Nivel 1, también tendrá una apelación "normal" en el Nivel 2

- Si usted le presentó a nuestro plan una apelación normal en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación normal en el Nivel 2. La organización de revisión tiene que responder a su Apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días calendario** después de recibir la misma.
- Sin embargo, si la Organización Independiente de Revisión necesita recopilar más información que podría beneficiarle, **podría tomar hasta 14 días calendario adicionales.**

Paso 2: La Organización Independiente de Revisión le responde.

La Organización Independiente de Revisión le comunicará su decisión por escrito y explicará las razones por la misma

- **Si la organización de revisión contesta que sí a parte o a todo lo que usted solicitó**, debemos autorizar la cobertura de cuidado médico dentro de 72 horas o proveer el servicio a más tardar 14 días calendario luego de recibir la decisión de la organización para las solicitudes estándar o dentro de las 72 horas siguientes a la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización revisora para solicitudes aceleradas.
- **Si esta organización deniega parte o toda su apelación**, quiere decir que coinciden con nosotros en que su petición (o parte de su petición) de cobertura para cuidado médico no debe ser aprobada. (Esto se llama "sostener la decisión". También se llama "rechazar su apelación").
    - Si la Organización Independiente de Revisión "sostiene la decisión" usted tiene derecho de presentar una apelación al Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación al Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de cuidado médico que usted está solicitando debe cumplir con cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita es muy bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión de Nivel 2 es final. La notificación escrita que usted recibirá de la Organización Independiente de Revisión le explicará cómo averiguar el valor monetario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y usted reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si quiere seguir al Nivel 3 y presentar una

tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo aparecen en la notificación escrita que recibió luego de su Apelación de Nivel 2.

- El Nivel 3 de Apelación es manejado por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo habla más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5 ¿Qué pasa si usted le pide a nuestro plan el pago de nuestra porción de una factura por cuidado médico que recibió?

Si usted desea solicitar que nuestro plan pague por cuidado médico, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarle al plan que pague su parte de una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales usted podría tener que pedir un reembolso o el pago por una factura que haya recibido de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación para solicitar el reembolso.

Solicitar un reembolso es pedirle al plan una decisión de cobertura

Si usted nos envía los documentos para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para más información sobre decisiones de cobertura, vea la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, debemos verificar que el cuidado médico por el que haya pagado sea un servicio cubierto (vea el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*). También verificaremos que usted haya seguido todas las reglas de uso de cobertura para obtener cuidado médico (estas reglas están en el Capítulo 3 de este folleto: *Usando la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Contestaremos sí o no a su solicitud

- Si el cuidado médico que ya pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por nuestra porción del costo de su cuidado médico dentro de 60 días calendario luego de recibir su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago es lo mismo que decir que sí a su solicitud de decisión de cobertura.
- Si el cuidado médico no está cubierto o si usted no siguió todas las reglas, no enviaremos un pago. En su lugar, le enviaremos una carta que explique por qué no pagaremos por los servicios, y las razones en detalle. (Denegar una solicitud de pago es lo mismo que responder no a su solicitud de decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita un pago y decimos que no vamos a pagar?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar su petición, **usted puede apelar.** Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando denegamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. Vaya a esta sección para instrucciones paso por paso. Al seguir estas instrucciones, por favor, recuerde que:

- Si presenta una apelación para reembolso, debemos darle una respuesta dentro de 60 días calendario luego de recibir su apelación. (Si está solicitándonos un reembolso por cuidado médico que usted ya obtuvo y pagó, no se le permitirá una apelación rápida.)
- Si la Organización Independiente de Revisión revoca nuestra decisión de denegar el pago que solicitó, debemos enviárselo a usted o al proveedor dentro de 30 días calendario. Si respondemos que sí a su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor dentro de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (Una guía con los datos básicos sobre decisiones de cobertura y apelaciones)? Si no la ha leído, quizás quiera hacerlo antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea un reembolso por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como afiliado de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Vea la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" se refiere al uso de un medicamento como ha sido aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) o por ciertos libros de referencia. Vea el Capítulo 5, Sección 3 para más información sobre indicaciones médicamente aceptadas).

- **Esta sección se trata solo sobre sus medicamentos de la Parte D**. Para simplificar, generalmente diremos "medicamento" en el resto de esta sección, en vez de repetir "medicamentos recetados ambulatorios cubiertos" o "medicamentos de la Parte D".
- Para detalles sobre qué queremos decir cuando nos referimos a medicamentos de la Parte D, la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario), reglas y restricciones de su cobertura, e información de costos, vea el Capítulo 5 (Usando la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la parte D) y el Capítulo 6 (Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como ya mencionamos en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
La decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D frecuentemente se llama **"determinación de cobertura".**

Aquí tiene ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos pide que hagamos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, incluyendo:
  - Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan
  - Solicitar una excepción en la restricción de cobertura de un medicamento del plan (como los límites en la cantidad de medicamentos que se pueden comprar)
  - Solicitar pagar una cantidad más baja del costo compartido para un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto
- Usted nos pregunta si, en su caso, un medicamento está cubierto y si usted cumple con las reglas de cobertura aplicables. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan pero requerimos que nos pida aprobación antes de extenderle la cobertura).
  - *Por favor, recuerde:* Si su farmacia le dice que su receta no se puede despachar según está escrita, recibirá una notificación escrita explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Usted nos pide que paguemos por un medicamento recetado que ya compró. Ésta es una petición de decisión de cobertura relacionada con pagos.

Si usted está en desacuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar apelaciones. Utilice la siguiente tabla para ayudarle a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que hagamos una excepción a una regla o restricción de un medicamento que cubrimos?	**¿Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y usted opina que cumple con las reglas o restricciones (como preautorización) del medicamento que necesita?**	**¿Quiere pedirnos un reembolso por un medicamento que ya le despacharon y pagó?**	**¿Ya le notificamos que no pagaremos por cierto medicamento de la manera en que usted quiere que se cubra o se pague?**
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Salte a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Puede pedirnos un reembolso. (Un tipo de decisión de cobertura.) Salte a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Puede presentar una apelación. (Significa que nos está pidiendo una reconsideración.) Salte a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera en que a usted le gustaría, puede pedirle al plan que haga una "excepción." Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Como en otros tipos de decisiones de cobertura, si denegamos su petición para que se haga una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando usted solicite una excepción, su médico u otra persona que le receta tendrá que explicar las razones médicas de por qué necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su petición. Aquí tiene tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que le recete puede pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)".*** ("Lista de Medicamentos", en su forma abreviada.)

Términos legales
Pedir que se cubra un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos a veces se llama solicitar **"excepción al formulario"**

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, usted tendrá que pagar la cantidad de costo compartido que apliquen a medicamentos en el Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos) para los medicamentos de marca o Nivel 2 (Medicamentos Genéricos) para medicamentos genéricos. No puede solicitar una excepción en la cantidad de copago o coaseguro que requerimos que usted pague por el medicamento.

2. Eliminar una restricción en la cobertura del plan para un medicamento cubierto. Existen reglas y restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan (para más información vaya al Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales
Pedir que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se llama pedir una **"excepción al formulario"**

- Las reglas y restricciones adicionales en la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
  - *Requerir el uso de la versión genérica* de un medicamento en lugar de la de marca.
  - *Obtener aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto a veces se llama "preautorización".)
  - *Requerir que pruebe un medicamento distinto* antes de aceptar cubrir el medicamento que usted solicita. (Esto a veces se llama "terapia escalonada".)
  - *Límites en cantidades*. En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad que usted puede obtener.
- Si nuestro plan acepta hacer una excepción y le elimina una restricción, puede solicitar una excepción en la cantidad de copago o coaseguro que requerimos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.** Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* del plan está en uno de 5 niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más bajo el nivel de costo compartido, menos será lo que tendrá que pagar por su porción del costo del medicamento.

Términos legales
Solicitar un precio menor para un medicamento cubierto no preferido, a veces se llama pedir una **"excepción de niveles".**

- Si su lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para para tratar su condición médica que están en un nivel de costo compartido más bajo, puede pedirnos que cubramos su medicamento al costo compartido que le aplica a los medicamentos alternativos. Esto disminuiría su costo compartido para el medicamento.
    - Si el medicamento que usted está tomando es un producto biológico, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento al costo compartido que le aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
    - Si el medicamento que usted está tomando es un medicamento de marca, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento al costo compartido que le aplica al nivel más bajo contiene alternativas de medicamentos de marca para tratar su condición.
    - Si el medicamento que usted está tomando es un medicamento genérico, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento al costo compartido que le aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de medicamentos de marca o genéricos tratar su condición.
- Usted no puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento en el Nivel 5 (Medicamentos de Especialidad).
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de niveles y hay más de un nivel de costo compartido con alternativas de medicamentos que usted puede tomar, usualmente pagará la cantidad menor.

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber sobre solicitar excepciones

Su médico nos debe explicar las razones médicas

Su médico u otra persona que le recete nos debe dar una declaración por escrito que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información de su médico u otra persona que recete al solicitarnos una excepción.

Típicamente, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas posibilidades diferentes son conocidas como medicamentos "alternos". Si un medicamento alterno es igual de efectivo que el medicamento que nos está solicitando y no causa efectos secundarios adicionales u otros problemas de salud, nosotros por lo general *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles más bajos de costo compartido no funcionen tan bien para usted.

Nuestro plan puede decir sí o no a su petición

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, nuestra aprobación es usualmente válida hasta terminar el año del plan. Esto es válido mientras su médico siga recetándole el medicamento y el mismo siga siendo seguro y efectivo para tratar su condición.
- Si contestamos que no a su solicitud para una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. La Sección 6.5 le dice cómo presentar una apelación si respondemos negativamente.

La próxima sección le dice cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

Sección 6.4 Paso por paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción

<u>Paso 1:</u> Usted le solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre el(los) medicamento(s) o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedir que tomemos una "decisión rápida de cobertura". No puede pedir una decisión rápida de cobertura si está solicitando un reembolso por un medicamento que ya compró.

Qué puede hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Empiece llamando, escribiendo o enviando su solicitud por fax al plan. Usted, su representante o su médico (u otra persona que le haga recetas) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestra página de Internet. Para más detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo comunicarse con nuestro plan cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D.* O si nos está solicitando un reembolso por un medicamento, vaya a la sección titulada, *Dónde enviar una solicitud para que paguemos por nuestra parte del costo del cuidado médico o medicamento recibido*.

- **Usted, su médico o alguna otra persona que actúe en su nombre** puede solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le dice cómo puede darle un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede solicitarle a un abogado que actúe en representación suya.
- **Si desea pedirle al plan un reembolso por un medicamento,** empiece por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarle al plan que pague su parte de una factura por servicios o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales podría necesitar solicitarnos un reembolso. También le dice cómo enviarnos la documentación para solicitar un reembolso por nuestra porción del costo de un medicamento que usted ya haya pagado.
- **Si está solicitando una excepción, provea la "declaración de apoyo".** Su médico u otra persona que le recete debe darnos las razones médicas para la excepción de medicamento que está solicitando. (Le llamamos a esto "declaración de apoyo"). Su médico u otra persona que le recete puede enviar la declaración por fax o por correo a nuestro plan. Su médico u otra persona que le recete también puede darnos una explicación por teléfono y dar seguimiento enviando por fax o correo la declaración escrita, si es necesario. Vea las secciones 6.2 y 6.3 para más información sobre solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud escrita,** incluyendo una solicitud sometida en el formulario modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de CMS o en el formulario de nuestro plan, disponible en nuestra página de Internet.

Términos legales
Una "decisión rápida" es también conocida como una "**decisión acelerada (expedita) de cobertura"**.

Si su salud lo requiere, pida que le demos una "decisión rápida de cobertura".

- Cuando le demos nuestra decisión, usaremos las fechas límites "normales", a menos que hayamos acordado usar las fechas límites "aceleradas". Una decisión normal de cobertura significa que le daremos una respuesta a más tardar 72 horas luego de recibir la declaración de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que le responderemos dentro de 24 horas luego de recibir la declaración de su doctor.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe reunir dos requisitos:**
    - Puede obtener una decisión rápida de cobertura solo si está solicitando *un medicamento que todavía no haya recibido.* (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si está pidiendo un reembolso por un medicamento que ya compró).

- Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si el esperar por las fechas límites normales pudiese *afectar seriamente su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.*

- **Si su médico u otra persona que le receta nos indica que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", se la daremos automáticamente.**
- Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otra persona que le recete), nuestro plan decidirá si su situación de salud requiere que le demos una decisión rápida de cobertura.
  - Si decidimos que su condición médica no reúne los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que así lo indique (y usaremos las fechas límites normales).
  - La carta le explicará que si su médico u otra persona que le receta solicita una decisión rápida de cobertura, automáticamente se la daremos.
  - La carta también le dirá cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión normal de cobertura en vez de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Le dirá cómo presentar una queja "rápida", lo cual quiere decir que tendría una respuesta a su queja dentro de 24 horas de haber recibido la queja. (El proceso para presentar quejas es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para más información sobre el proceso de presentar quejas, vea la Sección 10 de este capítulo).

<u>Paso 2:</u> Nuestro plan considera su solicitud y le damos una respuesta

Fechas límites para una decisión "rápida" de cobertura

- Si usamos las fechas límites rápidas, debemos responder a su solicitud **en 24 horas**.
  - Por lo general, esto significa que responderemos 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta a más tardar 24 horas luego de recibir la declaración del médico que apoya su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente externa. Más adelante en esta sección hablamos sobre la organización revisora y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **Si respondemos que sí a parte o a todo lo que solicitó,** debemos proveer la cobertura aprobada a más tardar 24 horas luego de haber recibido su solicitud o la declaración médica apoyando su solicitud.
- **Si respondemos que no a parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique las razones por las cuales dijimos que no. También le diremos cómo hacer una apelación.

Fechas límites para una decisión "normal" de cobertura sobre un medicamento que aún no haya recibido

- Bajo las fechas límites normales, debemos darle nuestra respuesta dentro de **72 horas.**
    - Por lo general, esto significa 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de 72 horas luego de recibir la declaración del médico en apoyo a su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si no cumplimos con esta fecha límite, se nos requiere enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre la organización revisora y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **Si respondemos que sí a parte o a todo lo que solicitó -**
    - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** acordada **dentro de 72 horas** luego de recibir su solicitud o la declaración del médico en apoyo a su solicitud.
- **Si respondemos que no a parte o todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique las razones por las cuales dijimos que no. También le diremos cómo hacer una apelación.

Fechas límites para una decisión "normal" de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de **14 días calendario** luego de recibir su petición.
    - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre la organización revisora y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **Si respondemos que sí a parte o a todo lo que solicitó,** también estamos obligados a enviarle un pago dentro de 14 días calendario luego de recibir su petición.
- **Si respondemos que no a parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique las razones por las cuales dijimos que no. También le diremos cómo hacer una apelación.

<u>Paso 3:</u> Si respondemos que no a su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es no, usted tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación quiere decir que nos está pidiendo que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 6.5 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la reevaluación de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamento de la Parte D se llama una "**redeterminación**" del plan**.**

<u>Paso 1:</u> Usted se comunica con nuestro plan y presenta una Apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedir una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona que le receta) tiene que comunicarse con nuestro plan.**
  - Para detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o mediante nuestra página de Internet, para cualquier asunto relacionado con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando está presentando una apelación sobre sus medicamentos de la Parte D.*
- **Si está solicitando una apelación normal, presente su apelación sometiendo una solicitud por escrito.**
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede presentar la misma por escrito o nos puede llamar al número telefónico que aparece en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nuestro plan cuando está presentando una apelación sobre sus medicamentos de la Parte D).*
- **Debemos aceptar cualquier solicitud escrita,** incluyendo una solicitud sometida en el formulario modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de CMS, el cual se encuentra disponible en nuestra página de Internet.
- **Debe presentar su petición de apelación a más tardar 60 días calendario** luego de la fecha que aparece en la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra decisión sobre su solicitud para una decisión

de cobertura. Si no cumple con la fecha límite y tiene una buena razón por no haberlo hecho, podríamos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenas razones para no cumplir con la fecha límite son: si tuvo una enfermedad seria que evitó el que usted se comunicara con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación y añadirle más información.**
    - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación. A nosotros se nos permite cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.
    - Si lo desea, usted y su médico u otra persona que le receta pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una "apelación rápida" también se llama una **"redeterminación acelerada (expedita)."**

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

- Si usted está apelando una decisión que hicimos sobre la cobertura de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que le recete deben decidir si necesitan una "apelación rápida."
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que se utilizan para obtener una "decisión rápida de cobertura". Los mismos se encuentran en la Sección 6.4 de este Capítulo.

<u>Paso 2:</u> Consideraremos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras evaluamos su apelación, volvemos a analizar con cuidado toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos que hayamos seguido todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud. Podríamos comunicarnos con usted o su médico u otra persona que le receta para obtener más información.

Fechas límites para una apelación "rápida"

- Si estamos utilizando las fechas límites rápidas, debemos darle una respuesta **a más tardar 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su salud lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, se nos requiere enviar automáticamente su petición al Nivel 2 del proceso de apelación, donde se evaluará por una Organización Independiente de Revisión. Más adelante en

esta sección, hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si respondemos que sí a parte o a todo lo que solicitó,** debemos proveer la cobertura que acordamos a más tardar 72 horas luego de recibir su apelación.
- **Si respondemos que no a parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una notificación escrita explicándole por qué dijimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

Fechas límites para una apelación "normal"

- Si estamos utilizando las fechas límites normales, tenemos que darle una respuesta **dentro de 7 días calendario** después de recibir su apelación de un medicamento que aún no ha recibido. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su condición de salud requiere que lo hagamos. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una apelación "rápida".
    - Si no le damos una decisión dentro de 7 días calendario, se nos requiere enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelación donde se evaluará por una Organización Independiente de Revisión. Más adelante en esta sección le hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si respondemos que sí a parte o a todo lo que solicitó:**
    - Si aprobamos su petición de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que acordamos tan pronto como su salud lo necesite, pero **no más tarde de 7 días calendario** luego de recibir su apelación.
    - Si aceptamos su petición de reembolso por un medicamento que ya compró, se nos requiere enviarle **un pago dentro de 30 días calendario** luego de recibir su apelación.
- **Si respondemos que no a parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una notificación escrita explicando por qué dijimos que no y cómo apelar nuestra decisión.
- Si usted está solicitando un reembolso por un medicamento que ya usted compró, debemos responderle dentro de **14 días calendario** luego de recibir su petición.
    - Si no le brindamos una decisión dentro de 14 días calendario, se nos requiere enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisado por una organización independiente. Más adelante en esta sección hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en una Apelación de Nivel 2.
- **Si respondemos que sí a parte o a todo lo que solicitó,** también se nos requiere hacerle un pago dentro de 30 días calendario luego de recibir su petición.

- **Si respondemos que no a parte o a todo lo que solicitó,** le enviaremos una notificación escrita explicando por qué dijimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si respondemos que no a su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso y presentar *otra* apelación.

- Si nuestro plan deniega su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o seguir adelante con otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (vea a continuación).

Sección 6.6 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si nuestro plan deniega su Apelación, usted decide si acepta esta decisión o sigue el proceso y presenta otra apelación. Si decide presentar una Apelación de Nivel 2, la **Organización Independiente de Revisión** analiza la decisión que tomó nuestro plan cuando contestamos que no a su primera apelación. Esta organización determina si nuestra decisión debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización Independiente de Revisión" es **"Entidad Independiente de Revisión".** A veces se le conoce como la **"IRE", por sus siglas en inglés.**

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante o su médico o la persona que llene la receta por usted) debe comunicarse con la Organización Independiente de Revisión y pedir que se reconsidere su caso.

- Si nuestro plan deniega su Apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentarle una Apelación de Nivel 2** a la Organización Independiente de Revisión. Estas instrucciones le indican quién puede hacer una Apelación de Nivel 2, qué fechas límites debe seguir, y cómo comunicarse con dicha organización de revisión.
- Cuando usted le presente una apelación a la Organización Independiente de Revisión, nosotros le enviaremos la información que tengamos sobre su apelación. Esta información se llama su "expediente de caso". **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente de caso**. Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.

- Usted tiene derecho a proveerle a la Organización Independiente de Revisión información adicional para respaldar su apelación.

<u>Paso 2:</u> La Organización Independiente de Revisión evalúa su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización Independiente de Revisión es una entidad externa independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para evaluar nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D bajo nuestro plan.
- Los analistas de la Organización Independiente de Revisión evaluarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y explicará las razones para haberla tomado.

Fechas límites para apelaciones "rápidas" en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pídale una "apelación rápida" a la Organización Independiente de Revisión.
- Si la organización decide darle una "apelación rápida", la misma debe responder a su solicitud de Apelación de Nivel 2 **a más tardar 72 horas** luego de recibir su petición.
- **Si la Organización Independiente de Revisión acepta parte o todo lo que usted solicitó,** nosotros debemos proveer la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de 24 horas** de recibir la decisión de la organización de revisión.

Fechas límites para apelaciones "normales" en el Nivel 2

- Si usted ha presentado una apelación normal en el Nivel 2, la organización de revisión debe responder a la misma dentro **de 7 días calendario** luego de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si usted está solicitando un reembolso por un medicamento que ya usted compró, la organización de revisión debe proveerle una respuesta a su apelación nivel 2 dentro de 14 días calendario luego de recibir su petición.
- **Si la Organización Independiente de Revisión acepta parte o todo lo que usted solicitó:**
    - Si la Organización Independiente de Revisión aprueba su petición de cobertura, debemos **proveer la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **a más tardar 72 horas** después de recibir su decisión.
    - Si la Organización Independiente de Revisión aprueba su petición de reembolso por un medicamento que ya usted compró, se nos requiere

enviarle un pago dentro de 30 días calendario después de recibir la decisión de la organización.

¿Qué pasa si la Organización Independiente de Revisión deniega su apelación?

Si la organización deniega su apelación, quiere decir que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su petición. (Esto se llama "sostener la decisión". También se llama "denegar su apelación".)

Si la Organización Independiente de Revisión "sostiene la decisión" usted tiene el derecho a una apelación al Nivel 3. No obstante, para presentar otra apelación al Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamento que usted está solicitando debe cumplir con una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamento que usted solicita es muy bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión a Nivel 2 es final. La notificación que usted reciba de la Organización Independiente de Revisión le indicará el valor en dólares que debe estar involucrado para seguir con el proceso de apelación.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con el requisito, usted decide si quiere llevar su apelación adelante.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y usted reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si quiere seguir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacerlo aparecen en la notificación escrita que reciba luego de su segunda apelación.
- El Nivel 3 de Apelación es manejado por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo habla más sobre los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos prolongar su cobertura de hospitalización si piensa que el médico le está dando de alta muy pronto

Cuando se le admite en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios de cuidado hospitalario cubiertos por el plan que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para más información sobre nuestra cobertura para su cuidado de hospital, incluyendo cualquier limitación en esta cobertura, vea el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga*).

Durante su estadía hospitalaria cobertura, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararse para el día en que salga del hospital. Ellos también ayudarán a hacer arreglos para el cuidado que pueda necesitar luego de que salga.

- El día en que usted sale del hospital se llama su **"fecha de alta".**
- Cuando su fecha de alta esté decidida, su médico o el personal del hospital le notificarán.
- Si cree que es muy pronto para salir del hospital, puede solicitar una estadía hospitalaria más larga y su solicitud será considerada. Esta sección le dice cómo presentar esta petición.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, usted recibirá una notificación escrita de Medicare que le informa sobre sus derechos

Durante su estadía hospitalaria cobertura, se le dará una notificación escrita llamada *Un Mensaje Importante de Medicare Sobre Sus Derechos*. Toda persona con Medicare recibe una copia de esta notificación siempre que es hospitalizada. Alguien del hospital (por ejemplo, un(a) trabajador(a) social o enfermero(a) debe entregarle este documento dentro de los primeros dos días luego de su admisión. Si no lo recibe, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, por favor llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto). También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea cuidadosamente esta notificación y haga preguntas si hay algo que no entiende.** La misma habla sobre sus derechos como paciente hospitalizado, incluyendo:

   - Su derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía hospitalaria, según los ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos, y dónde se los pueden proveer.
   - Su derecho a estar involucrado en cualquier decisión sobre su estadía hospitalaria y de saber quién pagará por ella.
   - Dónde reportar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad del cuidado hospitalario.
   - Su derecho de apelar su decisión de alta si piensa que está saliendo muy pronto del hospital.

Términos legales
La notificación escrita de Medicare le dice cómo "**solicitar una revisión inmediata".** Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta para que su cuidado hospitalario se cubra por más tiempo. (La Sección 7.2 le indica más adelante cómo solicitar esta revisión.)

2. **Usted debe firmar la notificación escrita para demostrar que la recibió y entendió sus derechos.**

- Usted o alguien que esté actuando en nombre suyo tiene que firmar esta notificación. (La Sección 4 de este capítulo le explica cómo darle un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- Firmar la notificación *solamente* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. La notificación no le indica su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le dirán su fecha de alta). Firmar la notificación ***no* significa** que está de acuerdo con su fecha de alta.

3. **Conserve su copia** de la notificación firmada para que tenga a la mano la información sobre cómo presentar una apelación (o reportar una preocupación sobre la calidad de su cuidado).
   - Si usted firmó la notificación más de dos días antes de salir del hospital, recibirá otra copia antes de que se programe su alta.
   - Para ver esta notificación con antelación, puede llamar a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en internet en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea pedir que sus servicios hospitalarios sean cubiertos por nuestro plan por más tiempo, necesita usar el proceso de apelaciones para esta solicitud. Antes de comenzar, entienda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límites:

- **Siga el proceso.** Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones está explicado más adelante.
- **Cumpla con las fechas límites.** Las fechas límites son importantes. Asegúrese de que las entiende y aplíquelas a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si lo necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor, llame a Servicios al Afiliado (los números telefónicos están al dorso de este folleto). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada (vea la Sección 2 de este Capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación. Verifica si la fecha de alta planificada para usted es médicamente apropiada.

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización está compuesta por un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud pagados por el Gobierno Federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado de sus afiliados. Esto incluye revisar las fechas de altas del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que recibió (*Un Mensaje Importante de Medicare Sobre Sus Derechos*) le dice cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, dirección, y número telefónico de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto.)

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de irse del hospital y **no más tarde que su fecha planificada de alta**. (Su "fecha planificada de alta" es la fecha que ha sido fijada para que usted se vaya del hospital.)
    - Si usted cumple con esta fecha límite, se le permite quedarse en el hospital *sin pagar* luego de su fecha de alta mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
    - Si usted *no cumple* con la fecha límite, y decide quedarse en el hospital luego de su fecha planificada de alta, *podría tener que pagar todos los costos* del cuidado hospitalario que reciba luego de su fecha de alta planificada.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede dirigir su apelación directamente al plan. Para detalles sobre esta manera de presentar su apelación, vea la Sección 7.4.

Solicite una "revisión rápida":

- Debe pedirle a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una "**revisión rápida**" sobre su alta. Solicitar una "revisión rápida" significa que está pidiéndole a la organización que utilice las fechas límites "rápidas" para la apelación en vez de las fechas límites normales.

Términos legales
Una **"revisión rápida"** es también conocida como una **"revisión inmediata"** o una "**revisión acelerada (expedita)".**

<u>Paso 2:</u> La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una evaluación independiente de su caso

¿Qué pasa durante esta evaluación?

- Profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (para abreviar, les llamaremos "examinadores") le preguntarán a usted (o a su representante) por qué entiende que la cobertura por servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero lo puede hacer si así lo desea.
- Los examinadores también revisarán su información médica, hablarán con su médico, y evaluarán la información que el hospital y nuestro plan les ha dado.
- Para mediodía del día siguiente al que los examinadores le notifiquen al plan de su apelación, usted también recibirá un aviso escrito con su fecha de alta planificada y una explicación detallada de las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (médicamente apropiado) que a usted se le dé de alta en esa fecha.

Términos legales
Esta explicación escrita es llamada "**Aviso Detallado sobre Alta".** Puede conseguir un ejemplo de esta notificación llamando a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver un ejemplo de la notificación en la Internet en <u>https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html</u>

<u>Paso 3:</u> La Organización para el Mejoramiento de la Calidad responderá a su apelación dentro de un día completo luego de obtener la información necesaria.

¿Qué pasa si la respuesta es sí?

- Si la organización revisora acepta su apelación, **nuestro plan debe continuar brindándole servicios hospitalarios cubiertos por el tiempo en que estos servicios sean médicamente necesarios.**

- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si los mismos se aplican). Además, podría haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Vea el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué pasa si la respuesta es no?

- Si la organización revisora contesta que no a su apelación, está determinando que la fecha planificada para su alta es médicamente apropiada. Si esto sucede, **la cobertura de nuestro plan por sus servicios hospitalarios terminará** al mediodía del día *siguiente al* que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responda a su apelación.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su apelación *y* usted decide quedarse en el hospital, **podría tener que pagar el costo completo** del cuidado hospitalario que reciba luego de mediodía del día siguiente al que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responda a su apelación.

<u>Paso 4:</u> Si se deniega su Apelación de Nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su apelación, *y* usted se queda en el hospital luego de la fecha planificada para su alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha planificada para su alta, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reevalúe la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad le deniega su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo completo de su estadía después de su fecha de alta planificada.

A continuación están los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

<u>Paso 1:</u> Usted se comunica nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *denegó* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital luego de la fecha en que terminó su cobertura.

<u>Paso 2:</u> La Organización para el Mejoramiento de la Calidad conduce una segunda evaluación de su situación.

- Los examinadores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

<u>Paso 3:</u> Los examinadores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad toman una decisión sobre su apelación y responden dentro de 14 días calendario luego del recibo de su solicitud para segunda revisión.

Si la organización revisora responde que sí:

- **El plan debe reembolsarle** la porción que le corresponde de los costos del cuidado hospitalario que reciba desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que su primera apelación fue rechazada por la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. **Debemos continuar brindándole cobertura por cuidado hospitalario durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe seguir pagando por su porción de los costos y se podrían aplicar limitaciones de cobertura.

Si la organización revisora responde que no:

- Esto significa que ellos se reafirman en la decisión que tomaron durante su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama "sostener la decisión".
- La notificación escrita que reciba le dirá qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al próximo nivel de apelación, el cual es manejado por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador.

<u>Paso 4:</u> Si la respuesta es no, debe decidir si desea proseguir con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones luego del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si la organización revisora deniega su Apelación de Nivel 2, puede aceptar esa decisión o seguir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es evaluada por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador.
- La Sección 9 de este capítulo habla más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si deja pasar la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede apelar a nuestro plan

Como explicamos antes en la Sección 7.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y comenzar con la primera apelación sobre su fecha de alta hospitalaria. ("Rápidamente" significa antes de que se vaya del hospital y no más tarde que su fecha planificada de alta). Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con esta organización, existe otra manera de presentar su apelación.

Si utiliza esta manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso por paso: Cómo presentar una Apelación *Alterna* de Nivel 1

Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, usted puede presentarle una apelación a nuestro plan, solicitando una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que utiliza fechas límites rápidas en lugar de las normales.

Términos legales
Una revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se llama una **"apelación acelerada (expedita)**".

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con nuestro plan y solicite una "revisión rápida"

- Para detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando está presentando una apelación sobre su cuidado médico.*
- **Asegúrese de pedir una "revisión rápida"**. Esto significa que nos está solicitando una respuesta utilizando las fechas límites "rápidas" en lugar de las "normales".

<u>Paso 2:</u> Nuestro plan hace una revisión "rápida" de su fecha de alta planificada, verificando si fue médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, nuestro plan evalúa toda la información sobre su estadía hospitalaria. Verificamos si la fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Verificaremos si la decisión sobre su salida del hospital es justa y si se han cumplido todas las reglas.
- En esta situación, utilizaremos las fechas límites "rápidas" en vez de las fechas límites normales para responder a esta revisión.

<u>Paso 3:</u> Nuestro plan le da una decisión a más tardar 72 horas después de recibir su solicitud de "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si nuestro plan responde que sí a su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita quedarse en el hospital luego de la fecha de alta

planificada, y le seguiremos proveyendo sus servicios hospitalarios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra porción de los costos del cuidado que ha recibido desde la fecha en que le indicamos que su cobertura terminaría. (Usted debe pagar su porción de los costos y ciertas limitaciones de cobertura se podrían aplicar.)

- **Si nuestro plan deniega su apelación rápida,** significa que opinamos que la fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios termina el día en que habíamos indicado que su cobertura terminaría.
    - Si usted permaneció en el hospital luego de su fecha de alta planificada, **podría tener que pagar el costo completo** del cuidado hospitalario que recibió luego de dicha fecha.

<u>Paso 4:</u> Si *denegamos* su apelación rápida, su caso será enviado *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurar que cumplimos con todas las reglas cuando denegamos su apelación rápida, **nuestro plan está obligado a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Hacer esto significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso por paso: Proceso de Apelación *Alterna* de Nivel 2

Si nuestro plan deniega su Apelación de Nivel 1, su caso pasará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante el Nivel 2 de Apelación, una **Organización de Revisión Independiente** evaluará la decisión tomada por nuestro plan cuando respondimos que no a su "apelación rápida". Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es la "**Entidad de Revisión Independiente"**. También se le conoce como "**IRE**"**, por sus siglas en inglés**.

<u>Paso 1:</u> Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente

- Se nos requiere enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente a más tardar 24 horas luego de haberle comunicado nuestra decisión de denegar su primera apelación. (Si usted entiende que no estamos cumpliendo con ésta u otras fechas límites, puede presentar una queja. El proceso de

quejas es diferente al proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar una queja.)

<u>Paso 2:</u> La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los examinadores le responden dentro de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una compañía escogida por Medicare para asumir las funciones de la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los examinadores de la Organización de Revisión Independiente evaluarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación sobre su alta del hospital.
- **Si esta organización responde *que sí* a su apelación,** nuestro plan tiene que reembolsarle (devolverle) nuestra porción de los costos del cuidado hospitalario que usted haya recibido desde la fecha de su alta hospitalaria planificada. También debemos continuar la cobertura del plan por sus servicios hospitalarios por el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando por su porción de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, éstas podrían tener un efecto sobre la cantidad de su reembolso o el tiempo de cobertura para estos servicios.
- **Si esta organización *deniega* su apelación,** significa que ellos coinciden con nuestro plan en que su fecha de alta planificada era médicamente apropiada.
    - La notificación escrita que recibe de la Organización de Revisión Independiente le explica qué debe hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará detalles sobre cómo proseguir al Nivel 3 de Apelación, el cual es manejado por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador.

<u>Paso 3:</u> Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los examinadores responden negativamente a su Apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o si prosigue al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 9 de este Capítulo habla más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitar una extensión de cobertura para ciertos servicios médicos si piensa que la misma está terminando muy pronto

Sección 8.1 Esta sección trata sobre solo tres servicios: Cuidado de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería diestra, y los servicios de un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés)

Esta sección es *solo* sobre los siguientes tipos de cuidado:

- **Servicios de cuidado de salud en el hogar** que esté recibiendo.
- **Cuidado de enfermería diestra** que esté recibiendo como paciente en un centro de enfermería diestra. (Para saber los requisitos de admisión a un "centro de enfermería diestra", vea el Capítulo 12, *Definiciones de algunos términos importantes*.)
- **Cuidado de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una cirugía mayor. (Para más información sobre este tipo de institución, vea el Capítulo 12, *Definiciones de algunos términos importantes*.)

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de cuidado, tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos para los mismos por el tiempo que el tratamiento lo requiera para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para más información sobre sus servicios cubiertos, incluyendo su porción del costo y cualquier limitación de cobertura que se pueda aplicar, vea el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que paga)*.

Cuando nuestro plan decida que es tiempo de que termine su cobertura para cualquiera de estos tres tipos de cuidado, estamos obligados a informárselo con anticipación. Cuando su cobertura por este cuidado termine, *dejaremos de pagar nuestra porción del costo por su cuidado*.

Si usted entiende que estamos terminando la cobertura de su cuidado muy pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le dice cómo puede presentar esta apelación.

Sección 8.2 Le informaremos por adelantado cuando su servicio esté por terminar

1. **Usted recibe una notificación escrita.** Por lo menos dos días antes de que nuestro plan suspenda la cobertura de cuidado, usted recibirá una notificación.

- La notificación escrita le indica la fecha en la que nuestro plan dejará de cubrir el cuidado.

- La notificación escrita también le dice qué puede hacer si desea que nuestro plan cambie su decisión sobre cuándo suspender su cuidado y que siga cubriendo el mismo por un período de tiempo más largo.

Términos legales

Al explicarle lo que puede hacer, la notificación escrita le indica cómo presentar una "**apelación acelerada"**. Presentar una apelación acelerada es una manera formal y legal de pedirle al plan que cambie la decisión de cobertura que ha tomado sobre cuándo suspender su cuidado. (Vea la Sección 8.3 a continuación sobre cómo presentar una apelación acelerada.)

Esta notificación escrita se llama "**Notificación de Medicare de No-Cobertura".** Para obtener una copia de ejemplo, llame a Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto), o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) O puede ver una copia en Internet, en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html

2. **Usted debe firmar la notificación escrita para demostrar que la recibió.**
   - Usted o su representante debe firmar esta notificación. (La Sección 4 de este capítulo le dice cómo puede darle un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante.)
   - Firmar la notificación *solo* demuestra que usted recibió la información sobre la suspensión de su cobertura. **Firmar la notificación no significa que esté de acuerdo** con el plan sobre la fecha de suspensión de su cuidado.

Sección 8.3 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su cuidado por más tiempo

Si desea solicitar que cubramos su cuidado por un período de tiempo más largo, necesita utilizar el proceso de apelación para hacer esta petición. Antes de comenzar, analice lo que tiene que hacer y cuáles son las fechas límites.

- **Siga el proceso.** Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones se explica más adelante.
- **Cumpla con las fechas límites.** Las fechas límites son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límites correspondientes a lo que debe hacer.

Nuestro plan también debe seguir unas fechas límites. (Si entiende que no estamos cumpliendo con estas fechas, usted puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le explica cómo presentar una queja).

- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame a Servicios al Afiliado (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada (vea la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una Apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación y decide si cambia la decisión tomada por nuestro plan.

<u>Paso 1:</u> Presente su Apelación de Nivel 1. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado y solicite una revisión. Debe actuar con rapidez.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud pagados por el Gobierno Federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad del cuidado que reciben las personas afiliadas a Medicare y evalúan las decisiones de los planes sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de cuidado médico.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que recibió le dice cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, dirección, y número telefónico de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto.)

¿Qué debe solicitar?

- Solicítele a esta organización una " apelación acelerada" (que realice una revisión independiente) sobre si fue médicamente apropiado que nuestro plan suspendiera la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Usted tiene que comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su apelación *a más tardar al mediodía del día siguiente en que reciba la notificación escrita con la fecha de suspensión de cobertura por su cuidado*.

- Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede en vez presentarle su apelación directamente a nuestro plan. Para detalles sobre esta forma alterna de presentar su apelación, vea la Sección 8.5.

<u>Paso 2:</u> La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué pasa durante esta revisión?

- Profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (para abreviar, les llamaremos "examinadores") le preguntarán (o a su representante) por qué entiende que su cobertura por servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero lo puede hacer si así lo desea.
- La organización examinadora también evaluará su información médica, hablará con su médico, y revisará la información que nuestro plan le haya dado.
- Al final del día los examinadores nos habrán informado acerca de su apelación, y usted también recibirá una notificación escrita del plan que explica en detalle nuestras razones para terminar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta notificación explicativa se llama "**Aviso Detallado de No-Cobertura**".

<u>Paso 3:</u> Los examinadores le comunicarán su decisión dentro de un día completo a partir de cuando obtengan toda la información necesaria.

¿Qué pasa si los examinadores responden que sí a su apelación?

- Si los examinadores *responden que sí* a su apelación, **nuestro plan tiene que continuar proveyendo sus servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que continuar pagando su porción de los costos (como deducibles o copagos, si éstos se aplican). Además, puede haber limitaciones a sus servicios cubiertos. (Vea el Capítulo 4 de este folleto.)

¿Qué pasa si los examinadores deniegan su apelación?

- Si los examinadores *deniegan* su apelación, **su cobertura terminará en la fecha que le habíamos indicado**. Nuestro plan suspenderá el pago por nuestra porción de los costos de este cuidado en la fecha indicada en la notificación.

- Si decide continuar con el cuidado de salud en el hogar, cuidado de un centro de enfermería diestra, o con los servicios de un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio (CORF) *después* de la fecha en que termine su cobertura, usted **tendrá que pagar el costo total** por este cuidado.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- La primera apelación que usted presenta está en el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los examinadores deniegan su Apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo cuidado luego de que la cobertura por el mismo haya terminado, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que usted está pasando al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su cuidado por más tiempo

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha denegado su apelación, y usted decide continuar recibiendo cuidado luego de que la cobertura del mismo haya terminado, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que reevalúe la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad le deniega su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo completo por sus servicios de cuidado de salud en el hogar, cuidado de un centro de enfermería diestra, o un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio (CORF) *a partir de la fecha* en la que terminaría su cobertura, según nuestra notificación.

A continuación están los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Se vuelve a comunicar con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión

- Usted tiene que solicitar esta revisión **dentro de 60 días** a partir de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *denegó* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad conduce una segunda evaluación de su caso

- Los examinadores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

<u>Paso 3:</u> Dentro de 14 días del recibo de su solicitud de apelación, los examinadores tomarán una decisión sobre su apelación y se la notificarán.

¿Qué sucede si la organización revisora responde que sí a su apelación?

- **Nuestro plan tiene que darle un reembolso** por nuestra porción de los costos del cuidado que haya recibido desde la fecha en que le notificamos la suspensión de su cobertura. **Nuestro plan debe continuar cubriendo su cuidado** por el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted tiene que seguir pagando por su porción de los costos y podrían aplicarse limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización revisora deniega su apelación?

- Esto significa que ellos se reafirman en la decisión que tomaron en su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- La notificación escrita que recibirá le explicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará detalles sobre cómo pasar al próximo nivel de apelación, que es manejado por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador.

<u>Paso 4:</u> Si la respuesta es no, usted debe decidir si desea llevar su apelación al próximo nivel.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones luego del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los examinadores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador.
- La Sección 9 de este capítulo habla más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se le pasa la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede apelar a nuestro plan

Como explicamos en la Sección 8.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y comenzar con la primera apelación (dentro de un día o dos a lo máximo). Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación serán diferentes.*

Paso por paso: Cómo presentar una Apelación *Alterna* de Nivel 1

Si deja pasar la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, usted puede presentarle una apelación a nuestro plan solicitando una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que utiliza las fechas límites rápidas en vez de las normales.

A continuación los pasos para una Apelación Alterna de Nivel 1:

Términos legales
Una revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se llama una "**apelación acelerada (expedita)**".

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con nuestro plan y solicite una "revisión rápida"

- Para detalles sobre cómo comunicarse con nuestro plan vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando está presentando una apelación sobre su cuidado médico.*
- **Asegúrese de pedir una "revisión rápida"**. Esto significa que nos está solicitando que le demos una decisión utilizando las fechas límites "rápidas" en lugar de las "normales".

<u>Paso 2:</u> Nuestro plan hace una revisión "rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo terminar la cobertura de sus servicios

- Durante esta revisión, nuestro plan evalúa nuevamente toda la información sobre su caso. Verificamos si se siguieron todas las reglas cuando se fijó la fecha para suspender la cobertura del plan por los servicios que estaba recibiendo.
- Utilizaremos las fechas límites "rápidas" en vez de las fechas límites normales para responder a esta reevaluación.

<u>Paso 3:</u> Nuestro plan le da una decisión a más tardar 72 horas después de que nos pida la "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si nuestro plan accede a su petición de apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en la necesidad de continuar sus servicios por más tiempo, y le seguiremos brindando los servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra porción de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría. (Usted debe pagar su porción de los costos y podrían aplicarse limitaciones de cobertura.)
- **Si nuestro plan deniega su apelación rápida,** su cobertura terminará en la fecha que le indicamos y nuestro plan no pagará ninguna porción del costo a partir de esta fecha.

- Si usted continuó recibiendo cuidado de salud en el hogar, cuidado de un centro de enfermería diestra, o los servicios de un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio (CORF) *luego* de la fecha en que su cobertura terminó, entonces **podría tener que pagar el costo total** por este cuidado.

<u>Paso 4:</u> Si nuestro plan *deniega* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurar que seguimos todas la reglas cuando denegamos su apelación rápida, **nuestro plan está obligado a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Al hacer esto, usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso por paso: Proceso de Apelación *Alterna* de Nivel 2

Si nuestro plan deniega su Apelación de Nivel 1, su caso pasará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante el Nivel 2 de Apelaciones, la **Organización de Revisión Independiente** evalúa la decisión tomada por nuestro plan cuando denegamos su "apelación rápida". Esta organización decidirá si la decisión que tomamos se debe cambiar.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de Revisión Independiente" es la "**Entidad de Revisión Independiente"**. También se le conoce como "**IRE**" por sus siglas en inglés.

<u>Paso 1:</u> Referiremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente

- Se nos requiere enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de 24 horas desde que le informamos nuestra decisión negativa a su primera apelación. (Si usted entiende que no estamos cumpliendo con ésta u otras fechas límites, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelación. La Sección 10 de este capítulo le explica cómo presentar una queja.)

<u>Paso 2:</u> La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los examinadores le responden dentro de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. La organización es una compañía

designada por Medicare para asumir las funciones de una Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Los examinadores de la Organización de Revisión Independiente revisarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

- **Si esta organización *acepta* su apelación,** nuestro plan debe reembolsarle (devolverle) nuestra porción de los costos del cuidado que haya recibido desde la fecha en que le notificamos que su cobertura finalizaría. También debemos continuar cubriendo su cuidado por el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando por su porción de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, éstas podrían tener un efecto sobre la cantidad de su reembolso o el tiempo en que se cubran los servicios.
- **Si esta organización *deniega* su apelación,** significa que ellos coinciden con nuestra decisión sobre su primera apelación y no la cambiarán.
    - La notificación escrita que reciba de la Organización de Revisión Independiente le explicará qué debe hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles de cómo pasar a una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente deniega su apelación, usted decide si desea llevar su apelación al próximo nivel

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los examinadores deniegan su Apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o si prosigue al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un un Juez de Derecho Administrativo o un mediador.
- La Sección 9 de este Capítulo le explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Llevando su apelación al Nivel 3 y más lejos

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para Apelaciones sobre Servicios Médicos

Esta sección puede ser apropiada para usted si ya ha presentado Apelaciones en los Niveles 1 y 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor monetario del artículo o servicio médico por el que usted ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, usted podría ser elegible para pasar a otros niveles de apelación. Si el valor monetario es menor al nivel mínimo, no podrá seguir apelando. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que recibió para su Apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación las entidades que manejan la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Nivel 3 de Apelación:	**Un juez que trabaja para el gobierno Federal** (llamado Juez de Derecho Administrativo) **o un mediador** evaluará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelación *podría o no* haber terminado** – Nosotros decidiremos si apelar esta decisión hasta el Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), nosotros tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que le favorezca a usted.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de 60 días calendario luego de recibir la decisión del Juez de Derecho Administrativo o mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de la Apelación de Nivel 4 con los documentos que la acompañen. Se nos permite esperar por la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o mediador deniega su apelación, el proceso de apelaciones *podría o no* haber terminado**
    - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
    - Si usted no desea aceptar esta decisión, puede pasar al próximo nivel del proceso de apelación. Si el Juez de Derecho Administrativo o mediador deniega su apelación, la notificación que reciba le indicará qué hacer si decide continuar con su apelación.

Nivel 4 de Apelación:	**El Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará respuesta. El Consejo de Apelaciones es parte del Gobierno Federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo deniega nuestra solicitud de reevaluar la decisión favorable de la Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado -** Nosotros decidiremos si apelaremos esta decisión hasta el Nivel 5. A diferencia de una decisión del Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), nosotros tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 4 que le favorezca a usted.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveer el servicio dentro de 60 días calendario a partir de la decisión del Consejo.
- Si decidimos apelar la decisión, le notificaremos por escrito.

- **Si la respuesta es no, o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber terminado.**
  - Si usted decide aceptar la decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones ha finalizado.

    Si usted no desea aceptar esta decisión, usted podría continuar al próximo nivel del proceso de apelación. Si el Consejo deniega su apelación, la notificación que reciba le informará si las reglas le permiten continuar a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, la notificación escrita también le informará con quién comunicarse y lo próximo que debe hacer para continuar con su apelación.

Nivel 5 de Apelación: Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Éste es el último paso en el proceso de apelaciones.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 para Apelaciones sobre Medicamentos de la Parte D

Esta sección es apropiada para usted si ha presentado Apelaciones de los Niveles 1 y 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el precio del medicamento por el que ha apelado cumple con cierto valor monetario, podrá pasar a los niveles de apelación adicionales. Si el valor monetario es menor, no podrá apelar más. La respuesta por escrito que reciba para su Apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones sobre apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación verá quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Nivel 3 de Apelación: **Un Juez (llamado Juez de Derecho Administrativo) o un mediador que trabaja para el Gobierno Federal** evaluará su apelación y le dará una respuesta.

Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones ha finalizado. Lo que solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos autorizar o proveer la cobertura de medicamentos que aprobó el Juez de Derecho Administrativo o mediador dentro de 72 horas (24 horas para

apelaciones aceleradas) o realizar pagos a más tardar 30 días calendario luego de recibir la decisión.

- Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.
- Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ha finalizado.
- Si usted no acepta la decisión, puede continuar al próximo nivel del proceso de revisión. Si el Juez de Derecho Administrativo o mediador deniega su apelación, la notificación que reciba le dirá lo próximo que debe hacer si decide continuar con su apelación.

Nivel 4 de Apelación: **El Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno Federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones ha finalizado**. Lo que solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proveer la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o pagarle a más tardar 30 días calendario** luego de recibir la decisión.

- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado**.
    - Si usted decide aceptar la decisión de denegación de su apelación, el proceso de apelaciones ha finalizado.
    - Si usted no acepta la decisión, es posible que pueda continuar al próximo nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación o deniega su solicitud de revisión de su apelación, la notificación escrita que reciba le informará si las reglas permiten que proceda a una apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, la notificación escrita también le informará con quién debe comunicarse y lo próximo que debe hacer para seguir con su apelación.

Nivel 5 de Apelación Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Ésta es la última etapa del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad del servicio, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras preocupaciones

Si su problema es sobre decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pago, esta

sección *no es para usted*. En cambio, usted debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan a través del proceso de quejas?

Esta sección le explica cómo usar el proceso para presentar una queja. El proceso de quejas se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado, tiempos de espera y el servicio que recibe. A continuación presentamos ejemplos de las clases de problemas que son manejados por el proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos problemas, usted puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	• ¿Está usted insatisfecho con la calidad del cuidado que ha recibido (incluyendo el cuidado hospitalario)?
Respeto a su privacidad	• ¿Cree que alguien no ha respetado su derecho a la privacidad o que ha compartido información suya que usted considera que debe ser confidencial?
Falta de respeto, deficiencias en el Servicio al Afiliado y otros comportamientos negativos	• ¿Alguien se ha comportado de manera descortés o irrespetuosa con usted? • ¿Está insatisfecho con la manera en que Servicios al Afiliado le ha tratado? • ¿Siente que le están dando motivos para dejar nuestro Plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir citas, o tiene que esperar demasiado para conseguir una? • ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo por médicos, farmacéuticos, u otros profesionales de la salud? ¿O por Servicios al Afiliado u otro personal del plan? ○ Ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o en el cuarto de examen, o al buscar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una clínica, hospital, o consultorio médico?

Queja	Ejemplo
Información que obtiene de nuestro plan	• ¿Piensa que no le hemos notificado algo que debemos notificarle? • ¿Piensa que la información escrita que le hemos dado es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas están todos relacionados con cuán *oportunos* hemos sido en relación con decisiones de cobertura y apelaciones)	El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación está explicado en las Secciones 4 a la 9 de este Capítulo. Si está solicitando una decisión o presentando una apelación, use ese proceso, no el de quejas. Sin embargo, si ya nos ha solicitado una decisión de cobertura o presentado una apelación, y piensa que no estamos respondiendo con suficiente rapidez, usted puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Aquí tiene ejemplos: • Si usted nos ha solicitado una "decisión rápida de cobertura" o una apelación rápida y nosotros nos negamos, puede presentar una queja. • Si piensa que no estamos cumpliendo con las fechas límites para darle una decisión de cobertura o responder a una apelación, puede presentar una queja. • Si se revisó una decisión de cobertura que tomamos y nos indican que debemos cubrir o darle un reembolso por ciertos servicios médicos o medicamentos, hay fechas límites que se aplican. Si piensa que no estamos cumpliendo con estas fechas, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos que enviar el caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del tiempo requerido, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El término formal para la frase "presentar una queja" es "radicar una querella"

Términos legales

- Lo que en esta sección se llama **"queja**" también se conoce como una **"querella".**
- Otro término para "**presentar una queja"** es **"radicar una querella".**
- Otra manera de decir "**usando el proceso para quejas**" es "**usando el proceso para radicar una querella".**

Sección 10.3 Paso por paso: Presentando una queja

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con nosotros rápidamente—ya sea por teléfono o por escrito.

- **Normalmente, llamar a Servicios al Afiliado es el primer paso.** Si hay algo más que debe hacer, Servicios al Afiliado le informará: 1-844-212-9858 (libre de cargos); 1-833-523-2620) TTY (audioimpedidos) de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no se sintió satisfecho), puede poner su queja por escrito y enviárnosla.** Si pone su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Se responderá a su solicitud dentro de los siguientes marcos de tiempo, dependiendo del tipo de caso y su prioridad. Las **querellas estándar** se investigarán dentro de 30 días calendario, más se le podrá otorgar una extensión de 14 días si el afiliado lo solicita o si el plan necesita tiempo adicional para la investigación. Las **querellas expeditas** se resolverán dentro de 24 horas luego de ser recibidas, en los casos en que la determinación expedita de organización o apelación sea trabajada como estándar. Las **apelaciones de servicio estándar** se resolverán dentro de 30 días calendarios luego de ser recibidas, más se le podrá otorgar una extensión de 14 días si el afiliado lo solicita o si el plan necesita documentación médica adicional. Las **apelaciones estándar de farmacia** se resolverán dentro de 7dias luego de ser recibidas; todas las apelaciones expeditas se resolverán dentro de 72 horas.
- **Debe comunicarse con Servicios al Afiliado de inmediato, bien sea por teléfono o por escrito.** La queja se debe presentar dentro de 60 días luego de que usted tuvo el problema del cual se quiere quejar.

Términos legales
Lo que esta sección llama **"queja rápida**" también se conoce como "**querella acelerada".**

<u>Paso 2:</u> Nosotros evaluamos su queja y le respondemos

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, podríamos darle una respuesta durante la misma llamada. Si su condición de salud requiere una respuesta urgente, se la daremos.
- **La mayoría de las quejas se contestan dentro de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y a usted le conviene un retraso o si pide más tiempo, podemos tomar hasta 14 días adicionales (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, le notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja o parte de ella, o no nos consideramos responsables por el problema del cual se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá las razones para darle esta contestación. Tenemos que responder, estemos de acuerdo o no con su queja.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre calidad de servicio a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Usted puede presentarnos su queja sobre la calidad del cuidado recibido usando el proceso paso por paso delineado arriba.

Cuando su queja sea sobre la *calidad del cuidado*, usted tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentarle su queja a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentarle su queja sobre la calidad del cuidado que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja a nosotros).
    - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos facultados y otros expertos del cuidado de la salud pagado por el gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado de los pacientes de Medicare.
    - Para ver el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado, vea el Capítulo 2, Sección 4, de este folleto. Si le presenta su queja a esta organización, trabajaremos junto a ellos para resolver la misma.

- **O puede presentar su queja a ambos a la misma vez**. Si lo desea, puede presentarle su queja sobre la calidad del cuidado recibido a nuestro plan y también a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 10.5 También puede presentar sus quejas a Medicare

Puede someter una queja sobre MMM Elite directamente a Medicare. Para someter una queja a Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y utiliza la información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o preocupación, o si siente que su plan no está atendiendo su situación, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Terminando su afiliación en el plan

Capítulo 10. Terminando su afiliación en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 250
Sección 1.1 Este capítulo trata sobre cómo finalizar su afiliación en nuestro plan 250

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su afiliación al plan? 250
Sección 2.1 Puede terminar su afiliación durante el Período de Afiliación Anual 250
Sección 2.2 Puede terminar su afiliación durante el Período de Afiliación Abierta de Medicare Advantage 251
Sección 2.3 En ciertas situaciones, usted puede terminar su afiliación durante un Período de Elección Especial 252
Sección 2.4 ¿Dónde puede conseguir más información sobre cuándo es posible terminar su afiliación? 253

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede terminar su afiliación a nuestro plan? 253
Sección 3.1 Normalmente, su afiliación termina cuando se inscribe en otro plan 253

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su afiliación, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 255
Sección 4.1 Hasta que finalice su afiliación, sigue siendo parte de nuestro plan 255

SECCIÓN 5 En ciertos casos, MMM Elite se verá obligado a cancelar su afiliación 256
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su afiliación? 256
Sección 5.2 No podemos pedir su desafiliación del plan por razones que tengan que ver con su salud 257
Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su afiliación en nuestro plan 257

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo trata sobre cómo finalizar su afiliación en nuestro plan

Terminar su afiliación en MMM Elite puede ser una decisión **voluntaria** (porque usted lo decidió) o **involuntaria** (no porque usted lo decidió):

- Es posible que se retire de nuestro plan por *su propia* elección.
    - Solamente hay ciertas épocas durante el año, o ciertas situaciones, en las cuales usted puede cancelar su afiliación al plan voluntariamente. La Sección 2 le explica cuándo puede terminar su afiliación al plan.
    - El proceso de terminar voluntariamente su afiliación varía de acuerdo con el tipo de cobertura nueva a la que se esté acogiendo. La Sección 3 le dice cómo terminar su afiliación en cada caso.
- También existen situaciones limitadas cuando usted no elige abandonar el plan, pero a nosotros se nos requiere terminar su afiliación. La Sección 5 habla sobre las situaciones en las cuales nos veríamos obligados a terminar su afiliación.

Si se va a retirar de nuestro plan, debe continuar recibiendo su cuidado médico con nosotros hasta que su afiliación termine.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su afiliación al plan?

Usted puede terminar su afiliación a nuestro plan solo durante ciertas épocas de año, conocidas como períodos de afiliación. Todos los afiliados tienen la oportunidad de salir del plan durante el Período de Afiliación Anual y durante el Período de Afiliación Abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, puede ser elegible para salir del plan en otros momentos.

Sección 2.1 Puede terminar su afiliación durante el Período de Afiliación Anual

Puede terminar su afiliación durante el Período de Afiliación Anual (también conocido como el "Período de Afiliación Abierta"). Ésta es la época cuando debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el año entrante.

- **¿Cuándo es el Período de Afiliación Anual?** Esto sucede del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.**

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

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de Afiliación Anual?** Durante esta época, usted puede revisar su cobertura de salud y medicamentos recetados. Puede decidir quedarse con su cobertura actual o hacer cambios en la misma para el año entrante. Si decide cambiar a un plan nuevo, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra.)
    - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare
    - *– o –* Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare
        - **Si usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados:** Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan Medicare separado de medicamentos recetados, Medicare podría inscribirlo en un plan, a menos que usted haya declinado la inscripción automática.

      Recuerde: Si usted se desafilia de un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura de medicamentos recetados "acreditable", podría tener que pagar una penalidad por afiliación tardía a la Parte D al suscribirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que dicha cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura normal de Medicare para medicamentos recetados.) Vea el Capítulo 1, Sección 5, para más información sobre penalidad por afiliación tardía.

- **¿Cuándo terminará su afiliación?** Su afiliación terminará cuando su nueva cobertura comience el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede terminar su afiliación durante el Período de Afiliación Abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un solo* cambio a su cobertura de salud durante el **Período de Afiliación Abierta de Medicare Advantage.**

- **¿Cuándo es el Período de Afiliación Abierta de Medicare Advantage?** Esto ocurre cada año del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan se puede uno cambiar durante el Período de Afiliación Abierta de Medicare Advantage?** Durante este período, puede:
    - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage. (Puede escoger un plan que cubra medicamentos recetados o un plan que no los cubra.)

- Desafiliarse de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original durante este período. Tiene hasta el 31 de marzo para afiliarse a un plan separado de Medicare para medicamentos recetados.

- **¿Cuándo terminará su afiliación?** Su afiliación terminará el primer día del mes siguiente a la fecha en que usted se afilie a un plan Medicare Advantage diferente o nos notifique su cambio a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su afiliación en este plan comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos reciba su solicitud.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, usted puede terminar su afiliación durante un Período de Elección Especial

En ciertas situaciones, los afiliados de MMM Elite pueden ser elegibles para terminar su afiliación durante otras épocas del año. Esto se conoce como un **Período de Elección Especial.**

- **¿Quién es elegible para el Período de Elección Especial?** Si cualquiera de las siguientes situaciones se le aplica, puede ser elegible para finalizar su afiliación durante el Período de Elección Especial. Estos son solo ejemplos, para la lista completa comuníquese con el plan, llame a Medicare, o visite la página de Internet de Medicare (https://www.medicare.gov):
  - Por lo general, cuando se ha mudado.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si es elegible para "Ayuda Adicional" para el pago de sus recetas de Medicare.
  - Si hemos infringido nuestro contrato con usted.
  - Si recibe cuidado en una institución, como un hogar de ancianos o en una institución de cuidado a largo plazo.
- **¿Cuándo son los Períodos de Elección Especial?** Los períodos de matrícula varían de acuerdo con su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para ver si usted es elegible para un Período de Elección Especial, por favor, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para terminar su afiliación por un caso particular, puede cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra.)
  - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
  - *– o –* Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

- **Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados:** Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan Medicare separado de medicamentos recetados, Medicare podría inscribirlo en un plan, a menos que usted haya declinado la inscripción automática.

Nota: Si se desafilia de su cobertura Medicare de medicamentos recetados y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos por un período continuo de 63 días o más, posiblemente tendrá que pagar una penalidad por afiliación tardía a la Parte D si se une a un plan Medicare de medicamentos recetados más tarde. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que dicha cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura normal de Medicare para medicamentos recetados.) Vea el Capítulo 1, Sección 5, para más información sobre la penalidad por afiliación tardía.

- **¿Cuándo terminará su afiliación?** Por lo general, su afiliación terminará el primer día del mes siguiente a la fecha en que la solicitud de cambio de plan sea recibida.

Sección 2.4 ¿Dónde puede conseguir más información sobre cuándo es posible terminar su afiliación?

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo puede terminar su afiliación:

- Puede llamar a **Servicios al Afiliado** (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto).
- Puede conseguir la información en el manual de ***Medicare y Usted 2019***.
  - Toda persona con Medicare recibe una copia de ***Medicare y Usted*** cada otoño. Aquellas personas nuevas en Medicare lo reciben dentro del primer mes de su inscripción.
  - Puede descargar una copia de la página de Internet de Medicare (https://www.medicare.gov). También puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede terminar su afiliación a nuestro plan?

Sección 3.1 Normalmente, su afiliación termina cuando se inscribe en otro plan

Usualmente, para terminar su afiliación en nuestro plan, usted simplemente se afilia a otro plan Medicare de salud durante uno de los períodos de inscripción (vea la Sección 2 en este capítulo

para información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si usted quiere cambiar de nuestro plan a Medicare Original *sin* un plan Medicare de medicamentos recetados, debe pedir que se le desafilie de nuestro plan. Hay dos maneras de solicitar su desafiliación:

- Nos lo puede solicitar por escrito. (Comuníquese con Servicios al Afiliado si necesita más información sobre cómo hacerlo. Los números de teléfono aparecen impresos al dorso de este folleto.)
- – *o* – Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si se desafilia de su cobertura Medicare de medicamentos recetados y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos por un periodo continuo de 63 días o más, posiblemente tendrá que pagar una penalidad por afiliación tardía a la Parte D si se une a un plan Medicare de medicamentos recetados más tarde. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que dicha cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura normal de Medicare para medicamentos recetados.) Vea el Capítulo 1, Sección 5, para más información sobre la penalidad por afiliación tardía.

La tabla a continuación le explica cómo usted debe terminar su afiliación en nuestro plan.

Si quiere cambiar de nuestro plan a:	**Esto es lo que debe hacer:**
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de Medicare. Se le desafiliará automáticamente de MMM Elite cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Se le desafiliará automáticamente de MMM Elite cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si quiere cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Medicare Original *sin* una cobertura separada de medicamentos recetados de Medicare. ○ **Nota:** Si se desafilia de su cobertura Medicare de medicamentos recetados y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos, podría tener que pagar una penalidad por afiliación tardía cuando se inscriba en un plan Medicare de medicamentos más adelante. Vea el Capítulo 1, Sección 5, para más información sobre la penalidad por afiliación tardía.	• **Envíenos una solicitud de desafiliación por escrito.** Comuníquese con Servicios al Afiliado si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto). • También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana, y pedir ser desafiliado. Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le desafiliará de MMM Elite cuando comience su cobertura de Medicare Original.

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

Sección 4.1 Hasta que finalice su afiliación, sigue siendo parte de nuestro plan

Si se desafilia de MMM Elite, podría tomar algún tiempo en lo que su afiliación termina y su nueva cobertura de Medicare entra en efecto. (Vea la Sección 2 para información sobre cuándo comienza su nueva cobertura.) Durante este tiempo, debe continuar recibiendo sus cuidados médicos y medicamentos a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando nuestras farmacias de la red para obtener sus recetas hasta que finalice su afiliación en nuestro plan.** Por lo general, sus medicamentos recetados son cubiertos solo si se despachan en una farmacia de la red, incluyendo los servicios de farmacia de órdenes por correo.

- **Si lo hospitalizan el día en que su afiliación termine, nuestro plan usualmente cubrirá la estadía hasta que le den el alta del hospital** (aun cuando su alta ocurra después de haber comenzado su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 En ciertos casos, MMM Elite se verá obligado a cancelar su afiliación

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su afiliación?

MMM Elite tiene que cancelar su afiliación en el plan en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no está inscrito en Medicare Parte A y Parte B.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
    - Si se muda o hace un viaje extenso, debe llamar a Servicios al Afiliado para averiguar si su nuevo domicilio o el destino de su viaje está en el área de servicio de nuestro plan. (Los números de teléfono para Servicios al Afiliado aparecen impresos al dorso de este folleto.)
- Si entra en prisión.
- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre su afiliación a otro seguro que le provee cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad. (No podemos obligarlo a abandonar el plan por esta razón a menos que obtengamos un permiso previo de Medicare.)
- Si continuamente se comporta de manera negativa y nos dificulta proveerles cuidado de salud a usted y a otros afiliados de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar el plan por esta razón a menos que obtengamos un permiso previo de Medicare.)
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de afiliación para obtener cuidado médico. (No podemos obligarlo a abandonar el plan por esta razón a menos que obtengamos un permiso previo de Medicare.)
    - Si terminamos su afiliación por esta razón, Medicare podría pedir que su caso sea investigado por el Inspector General.

- Si no paga la prima mensual por 6 meses calendario.
    - Debemos notificarle por escrito que tiene 6 meses calendario para pagar la prima del plan antes de que terminemos su afiliación.
- Si se le requiere que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a su ingreso y usted no la paga, Medicare le desafiliará de nuestro plan y usted perderá su cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o le gustaría obtener más información sobre cuándo podríamos terminar su afiliación:

- Puede llamar a **Servicios al Afiliado** para más información (los números telefónicos aparecen impresos al dorso de este folleto).

Sección 5.2 No podemos pedir su desafiliación del plan por razones que tengan que ver con su salud

MMM Elite no tiene el permiso de pedirle que deje el plan por cualquier razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si siente que se le ha pedido abandonar nuestro plan por razones de su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su afiliación en nuestro plan

Si terminamos su afiliación en nuestro plan, le debemos dar las razones para dicha decisión por escrito. Debemos, también, explicarle cómo radicar una querella o presentar una queja sobre nuestra decisión de terminar su afiliación. Puede buscar información sobre cómo presentar una queja en el Capítulo 9, Sección 10.

CAPÍTULO 11

Notificaciones Legales

Capítulo 11. Notificaciones Legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes que gobiernan 260

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 260

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare 261

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes que gobiernan

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de Cobertura* y algunas provisiones adicionales pueden aplicarse, debido a que son requeridas por ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aun cuando las leyes no estén incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es la del Título XVIII de la Ley de Seguro Social (*Social Security Act*) y las regulaciones creadas bajo esta ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Además, otras leyes federales pueden aplicarse y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en donde vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos según la raza, el origen étnico, la nacionalidad, el color, la religión, el sexo, el género, la edad, la discapacidad mental o física, el estado de salud, la experiencia de reclamaciones, el historial médico, la información genética, la evidencia de asegurabilidad o la ubicación geográfica. Todas las organizaciones que proveen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales en contra de la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Americanos con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio para Personas Físicas y Familias y todas las otras leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y reglamento que se aplique por cualquier otra razón.

MMM of Florida cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad o sexo. MMM of Florida no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MMM of Florida proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes; intérpretes de lenguaje de señas capacitados, información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos), proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes capacitados e información escrita en otros idiomas. Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con la Unidad de Servicio al Cliente.

Si considera que MMM of Florida no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo al Departamento de Apelaciones y Querellas. Puede presentar el reclamo en persona, por teléfono, correo postal, fax o correo electrónico.

Para afiliados de MMM of Florida: Apelaciones y Querellas, P. O. Box 260430 Miami, FL 33126; teléfono: 1-844-212-9858; TTY: 1-833-523-2620; fax: 1-833-523-2626; correo electrónico: info@mmm-fl.com.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW Room 509 F, HHH Building Washington DC 20201, 1-800-368-1069, 800-537-7697 (TDD).

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la obligación de cobrar por servicios cubiertos por Medicare por los cuales Medicare no es el pagador principal. Conforme a las regulaciones de CMS en CFR 42, secciones 422.08 y 423.462, MMM Elite, como una Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación de pago que el Secretario ejerce bajo las regulaciones de CMS, Subpartes B hasta la D, de la parte 411 de CFR 42 y las reglas establecidas en esta Sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de términos importantes

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Afiliado (miembro de nuestro Plan, o "afiliado del plan") – Una persona con Medicare que es elegible para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya afiliación está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Ajuste Mensual Acorde a su Ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés) - Si su ingreso está por encima de cierto límite, usted pagará un un ajuste mensual acorde a su ingreso además de su prima del plan. Por ejemplo, individuos con ingresos mayores a $85,000 y parejas casadas con ingresos mayores a $170,000 deben pagar más por la Parte B de Medicare (seguro médico) y por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta cantidad adicional se llama ajuste mensual acorde a su ingreso. 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 cobertura 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. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si nuestro plan no paga por un medicamento, artículo, o servicio que usted piensa que debe recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluyendo el proceso de realizar las mismas.

Área de Servicio – El "área de servicio" es el área geográfica en la cual un plan de salud acepta afiliados, si limita su matrícula a base de donde viven las personas. Para planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, por lo general es el área donde usted obtiene sus servicios rutinarios (no emergencias). El plan puede desafiliarlo si se muda permanentemente fuera del área de servicio.

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). Los ayudantes de salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni proveen terapias.

Cantidad Máxima de Bolsillo – El máximo que un beneficiario paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios de la Parte A y Parte B cubiertos en la red. Las cantidades que usted paga por primas de Medicare Parte A y Parte B y por medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de bolsillo. Vea el Capítulo 4, Sección 1.2 para información sobre su 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. El cargo por despacho cubre costos 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 Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) – Una institución que mayormente provee servicios de rehabilitación luego de una enfermedad o lesión, y provee una variedad de servicios 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 el programa de Medicare. El Capítulo 2 le indica cómo comunicarse con CMS.

Coaseguro – La cantidad que se le puede requerir pagar como su parte del costo por servicios médicos o medicamentos recetados. El coaseguro por lo general es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Copago – La cantidad que podría tener que pagar como su porción del costo por un servicio o suministro médico, como una visita médica, una visita ambulatoria a un hospital, o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar $10 o $20 por una visita a un médico o por un medicamento recetado.

Costo compartido – Costo compartido se refiere a las cantidades que los afiliados tienen que pagar cuando reciben medicamentos o servicios Incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier tipo de deducible que el plan podría imponer antes de que los medicamentos o servicios sean cubiertos; (2) cualquier cantidad de "copago" fijo requerida por el plan cuando se obtiene un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier cantidad de "coaseguro", un porcentaje de la cantidad total que un plan requiere que se pague por un servicio o medicamento al momento que se recibe. Una "tarifa de costo compartido diario" se podría aplicar cuando su médico le recete menos del suministro completo de un mes en ciertos medicamentos y se le requiera un copago.

Costos de Bolsillo – Vea la definición de "costo compartido" arriba. Lo que se le requiere a un afiliado pagar como su parte de la repartición de costos por los servicios o medicamentos recibidos, se conoce como "costo de bolsillo".

Cobertura Acreditable de Medicamentos Recetados – Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un patrono o unión) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura normal de Medicare para medicamentos recetados. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se hacen elegibles para Medicare por lo

general pueden mantener la cobertura sin pagar una penalidad si luego deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Parte D) – Seguro para ayudarle a pagar por medicamentos ambulatorios recetados, vacunas, terapias biológicas 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 diestra. Puede ser provisto por personas sin destrezas o entrenamiento profesional e incluye ayuda con actividades diarias como bañarse, vestirse, comer, levantarse de una cama o sillón, ir de un lado a otro y usar el baño. Podría también incluir asistencia relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por su cuenta, como administrarse gotas para la vista. Medicare no paga por el cuidado de custodia.

Cuidado de Emergencia – Servicios cubiertos que son: (1) 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 Diestra (SNF) – Los servicios de cuidado de enfermería diestra y rehabilitación que se proveen de manera continua y diaria en los centros de enfermería diestra. Ejemplos de cuidado en un centro de enfermería diestra 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 recetas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Desafiliarse o Desafiliación – Es el proceso de terminar su afiliación en el plan. La desafiliación puede ser voluntaria (su decisión) o involuntaria (usted no lo decide).

Determinación de Cobertura – 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 cobertura bajo su plan, esto no se considera una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribirle a su plan para solicitar una decisión formal sobre dicha cobertura. En este folleto, las determinaciones de cobertura se llaman "decisiones de cobertura". El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Determinación de Organización – El plan Medicare Advantage toma una determinación de organización cuando decide si sus servicios y artículos están cubiertos o cuánto debe pagar por los mismos. A las determinaciones de organización se les conoce como "decisiones de cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Emergencia – Una emergencia médica sucede cuando usted u otra persona sensata con un conocimiento promedio de salud y medicina, piensa que usted tiene síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar pérdida de vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. 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.

Etapa de Cobertura Catastrófica – La etapa del Beneficio de Medicamentos de la Parte D en la cual los copagos y coaseguros por medicamentos disminuyen luego de que usted o sus representantes hayan pagado $5,100 durante el año de póliza por medicamentos cubiertos.

Etapa de Cobertura Inicial – La etapa anterior al momento del año en que el costo total de sus medicamentos alcance $3,820, incluyendo las cantidades que usted haya pagado y lo que el plan haya pagado por usted.

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

Excepción – Un tipo de determinación de cobertura que, de aprobarse, le permite obtener un medicamento que no esté en el formulario del plan (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 su plan requiere que pruebe otro medicamento antes de aprobar el que usted está solicitando, o si el 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 Elite, 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 de la red es una farmacia donde los afiliados de nuestro plan pueden obtener sus medicamentos recetados. Les llamamos "farmacias de la red" porque tienen contratos con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están coberturas solamente si son despachadas en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia Fuera de la Red – Una farmacia que no tiene contrato con nuestro Plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Como explicamos en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red no está cobertura por nuestro plan a menos que se den ciertas condiciones.

Hospicio – Un afiliado que tiene un pronóstico de 6 meses o menos de vida tiene el derecho de elegir un hospicio. 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. El hospicio proporcionará un tratamiento especial para su condición.

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 ciertos libros de referencia. Vea el Capítulo 5, Sección 3 para más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas.

Ingreso Seguro Suplementario (SSI) – Un beneficio mensual pagado por la Administración de Seguro Social para personas con ingresos y recursos limitados que padecen de discapacidad o ceguera, o son mayores de 65 años. Los beneficios SSI no son lo mismo que los beneficios de la Administración de Seguro Social.

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.

Límite de Cobertura Inicial – El límite máximo de cobertura bajo la Etapa de Cobertura Inicial.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o "Lista de Medicamentos") – Una lista de los medicamentos cubiertos por el plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Medicaid (o Asistencia Médica) – Un programa conjunto estatal y federal que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados con sus costos médicos. Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de cuidado de salud están cubiertos si usted cualifica para ambos: Medicare y Medicaid. Vea el Capítulo 2, Sección 6 para información sobre cómo comunicarse con Medicaid.

Médicamente Necesario – Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y que cumplen con las normas aceptadas dentro 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 general que usamos para designar 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. (Vea su formulario para una lista específica de medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidas por el Congreso, de manera que no están coberturas como 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.

Medicare – El programa federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad o más, algunos menores de 65 con ciertas discapacidades y personas con Fallo Renal en Etapa Terminal (generalmente aquellos con fallo renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden obtener su cobertura de salud a través de Medicare Original o de un plan Medicare Advantage.

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 porción de la cantidad aprobada por ellos y usted paga la suya. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Medigap (póliza de seguro suplementario de Medicare) – Seguro Suplementario de Medicare vendido por las compañías privadas de seguro para cubrir ciertas "brechas" en la cobertura de Medicare Original. La póliza de Medigap trabaja solo con el plan Medicare Original. (Un Plan de Medicare Advantage no es una póliza Medigap.)

Nivel de Costo Compartido – Cada medicamento en la Lista de Medicamentos cubiertos está en uno de 5 niveles de costo compartido. En general, mientras más alto el nivel de costo

compartido, más alto el costo que usted debe pagar por el 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. Vea el Capítulo 2, sección 4 para información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los afiliados del plan por el pago de un monto específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de ella. El costo compartido del afiliado será, por lo general, más alto cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos de bolsillo por los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor en sus costos totales de bolsillo combinados por los servicios de proveedores de la red (preferidos) y de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Parte C – Vea "Plan Medicare Advantage" (MA)

Parte D – El programa voluntario de Medicare para beneficios de medicamentos recetados. (Para facilitar su referencia, le llamaremos a este programa la Parte D).

Penalidad por Afiliación Tardía a la Parte D – Cantidad que se le añade a su prima mensual de la cobertura Medicare de medicamentos recetados si se queda sin una cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un período continuo de 63 días o más. Usted paga esta cantidad mientras tenga un plan de medicamentos recetados de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, no pagará penalidad por afiliación tardía.

Período de Beneficio – La manera en que tanto Medicare Original como nuestro plan miden el uso que usted da al hospital y a los servicios de centros de enfermería diestra (SNF). Un período de beneficio comienza el primer día en que usted ingresa en un hospital o centro de enfermería diestra y termina cuando usted no haya recibido cuidado intrahospitalario o en un centro de enfermería diestra por 60 días consecutivos. Si lo admiten en un hospital o SNF después de que finaliza un período de beneficio, comienza un nuevo período de beneficio. No hay límite en el número de períodos de beneficio. Este período de beneficios de hospitalización no es el mismo que el de Medicare Original. Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para una estadía en el hospital y hasta 100 días en un centro de enfermería diestra (SNF).

Período de Desafiliación de Medicare Advantage – Un período fijo cada año cuando los afiliados de planes Medicare Advantage pueden cancelar sus matrículas y cambiarse a Medicare

Original. El Período de Desafiliación de Medicare Advantage se extiende desde el 1 de enero hasta el 14 de febrero de 2018.

Período de Afiliación Anual – Un período fijo cada otoño durante el cual los afiliados pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiarse a Medicare Original. Este año, el Período de Afiliación Anual se extenderá desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

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 Inicial de Afiliación – Cuando usted se hace elegible para Medicare por primera vez, el período dentro del cual puede afiliarse a la Parte A y Parte B de Medicare. Por ejemplo, si se hace elegible para Medicare al cumplir 65 años, su Período Inicial de Afiliación es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumpla 65 años, incluye el mes de su cumpleaños número 65, y termina 3 meses después de que haya cumplido los 65 años.

Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) – Un tipo especial de plan Medicare Advantage cuyo cuidado de salud se enfoca en grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, quienes residen en hogares de ancianos o quienes padecen de ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de Necesidades Especiales Institucionalizado (SNP) – Un plan de necesidades especiales que afilia a individuos elegibles que continuamente residen o se espera que continuamente residan por 90 días o más en una facilidad de cuidado prolongado. Estas facilidades pueden incluir facilidades de enfermería diestra (SNF); facilidades de enfermería, facilidades de cuidado intermedio para personas con retraso mental y/o facilidades psiquiátricas hospitalarias. Para que un Plan de Necesidades Especiales institucionalizado atienda residentes de facilidades de cuidado prolongado bajo Medicare, deben tener contrato (o ser dueñas u operar) estas facilidades específicas de cuidado prolongado.

Plan de Necesidades Especiales Institucionalizado/Equivalente (SNP) – Un plan de necesidades especiales que afilia a individuos que viven en la comunidad, pero requieren un nivel de cuidado institucionalizado evaluado por el estado. La evaluación deberá hacerse usando el mismo nivel de evaluación de cuidado aplicable al estado y debe ser administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Si es necesario, este tipo de plan puede limitar la afiliación a individuos que vivan en facilidades contratadas de vida asistida, para asegurar uniformidad en la prestación de servicios.

Plan de Salud de Medicare – Un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada bajo contrato con Medicare para proveer beneficios de las Partes A y B a personas con Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage,

Planes de Costos de Medicare, Programas de Demostración/Pilotos, y Programas de Cuidado Total para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan Medicare Advantage (MA) – A veces se le llama Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una compañía privada que establece un contrato con Medicare para proveerle todos sus beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, un plan privado de tarifa por servicio (PFFS), o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Cuando usted se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren a través del plan, y no se pagan a través de Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen cobertura de medicamentos recetados bajo Medicare Parte D. Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**. Todo el que tenga Medicare Parte A y Parte B es elegible para afiliarse a un plan de salud de Medicare en su área, excepto las personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (con ciertas excepciones).

Preautorización – Aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos que podrían estar o no estar en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red del plan obtiene "preautorización" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan preautorización están señalados en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene "preautorización" de nosotros. Los medicamentos cubiertos que requieren preautorización están marcados en el formulario.

Prima – El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan de cuidado de salud por la cobertura de salud o de medicamentos.

Programa de Descuento Medicare para Brecha de Cobertura – Un programa que provee descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos bajo la Parte D a sus afiliados que hayan llegado a la Etapa de Brecha de Cobertura y que no están recibiendo "Ayuda Adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón se obtienen descuentos en la mayoría, aunque no en todos, los medicamentos de marca.

Protésicos y ortóticos- Son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica. 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 suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de Cuidado Primario (PCP) – Su médico de cuidado primario es el doctor u otro proveedor a quien usted visita primero para la mayoría de sus problemas de salud. Él o ella se asegura de que usted obtenga el cuidado que necesita para mantenerse saludable. También hablará con otros médicos y proveedores de cuidado de salud sobre su cuidado y lo referirá a

ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe visitar a su proveedor de cuidado primario antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado de salud. Vea el Capítulo 3, sección 2.1 para más información acerca de los proveedores de cuidado primario.

Proveedor de la Red – "Proveedor" es el término general que utilizamos para los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otras instalaciones de cuidado de la salud que estén autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proveer servicios de cuidado de salud. Los llamamos **"proveedores del plan"** cuando tienen acuerdos con nosotros para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, coordinar o proveer servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Nuestro plan le paga a los proveedores del plan a base de los acuerdos establecidos con ellos o si ellos aceptan proveerles a los afiliados servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se pueden llamar "proveedores del plan".

Proveedores o Instalaciones Fuera de la Red – Proveedores o instalaciones con los cuales no hemos hecho arreglos 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, o no tienen contrato para suministrarle servicios cubiertos a usted. El uso de proveedores o facilidades fuera de la red del plan se explica en el Capítulo 3 de este folleto.

Queja - El nombre formal para "presentar una queja" es "radicar una querella". El proceso de quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas *solamente*. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de servicio, los tiempos de espera, y el servicio al cliente que recibe. Véase también "Querella", en esta lista de definiciones.

Querella – Un tipo de queja que usted hace sobre nosotros o farmacias, incluyendo quejas sobre la calidad de su cuidado. Este tipo de queja no involucra disputas sobre pagos o cobertura.

Servicios al Afiliado – Un departamento dentro de nuestro plan que se encarga de contestar sus preguntas sobre su afiliación, beneficios, querellas, y apelaciones. Vea el Capítulo 2 para información sobre cómo comunicarse con Servicios al Afiliado.

Servicios Cubiertos – El término general que utilizamos para definir todos los servicios y suministros para el cuidado de la salud cubiertos por nuestro plan.

Servicios Cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de Medicare, incluyendo el nuestro, deben cubrir todos los servicios que cubren las Partes A y B de Medicare.

Servicios de Rehabilitación – Estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios Necesarios de Urgencia – Servicio urgentemente necesario es cuidado que no se considera de emergencia pero que se provee para tratar enfermedades, lesiones o condiciones imprevistas que requieren tratamiento médico de inmediato. El servicio de urgencia puede ser provisto por la red de proveedores del plan o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red están temporeramente inaccesibles o no disponibles.

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

Tarifa de costo compartido diario – Una tarifa de costo compartido diario se podría aplicar cuando su médico le recete menos del suministro completo de un mes en ciertos medicamentos y se le requiera un copago. Una tarifa de costo compartido diario consta del copago dividido por el número de días de suministro para un mes. Por ejemplo: si el copago de un suministro de un mes por un medicamento es de $30, y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su tarifa de costo compartido diario será de $1. Esto quiere decir que usted pagará $1 por cada día de suministro cuando obtenga su receta.

Terapia Escalonada – Una herramienta de utilización que requiere que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico recetó inicialmente.

Servicios al Afiliado de MMM Elite

Método	Servicios al Afiliado – Información de Contacto
LLAME	1-844-212-9858Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Servicios al Afiliado también tiene un servicio de intérpretes de idiomas, disponible para personas que no hablan español.
TTY	1-833-523-2620 Este número requiere equipo telefónico especial y es solamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libres de cargos. Lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	1-833-523-2626
ESCRIBA	MMM of Florida, Inc. Departamento de Servicios al Afiliado P. O. Box 260430 Miami, FL 33126 info@mmm-fl.com
INTERNET	www.mmm-fl.com

SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders) (SHIP de Florida)

SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno Federal para ofrecer consultoría local gratuita sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Método	Información de Contacto
LLAME	1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8770 Este número requiere equipo telefónico especial y es solamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA	Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) 4040 Esplanade Way Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000 information@elderaffairs.or
INTERNET	http://www.floridashine.org

Declaración de Divulgación

Según lo dispuesto en la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona estará en la obligación de responder a un instrumento de recolección de datos que no exhiba un número de control vigente emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). Para efectos del presente formulario, dicho número es 0938-1051. Si tiene comentarios o recomendaciones para mejorar este documento, por favor escriba a CMS, 7500 Security Boulevard, a la atención de *PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*