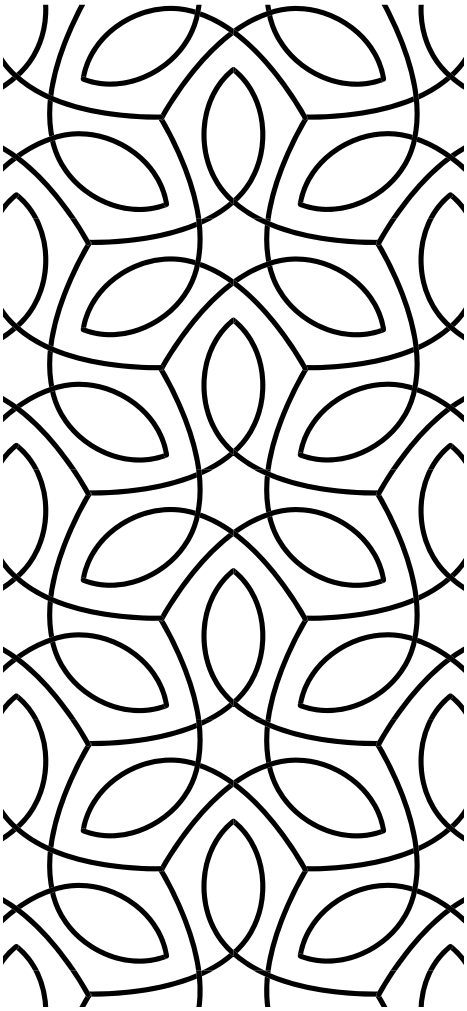


Priority Health

Evidencia de Cobertura de 2025

PriorityMedicare℠ Vintage (HMO-POS)
ofrecido por Priority Health

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)
H2320_1100011502510_C

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de PriorityMedicare Vintage (HMO-POS)

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. Explica cómo recibir cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Recursos adicionales
Esta información está disponible en distintos formatos, incluso en braille y en tamaño de letra grande.

Los beneficios, la prima, el deducible, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

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

Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente al 888.389.6648 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA).
Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en ***irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families*.**

Sobre PriorityMedicare Vintage
Priority Health tiene planes HMO-POS y PPO con un contrato con Medicare. La inscripción en Priority Health Medicare depende de la renovación del contrato.

Este plan, **Priority**Medicare Vintage, es ofrecido por Priority Health Medicare. (Cuando esta Evidencia de Cobertura dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Priority Health Medicare. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a **Priority**Medicare Vintage).

Form Approved
OMB# 0938-1421

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 888.389.6648. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 888.389.6648. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 888.389.6648。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 888.389.6648。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 888.389.6648. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 888.389.6648. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 888.389.6648 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 888.389.6648. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 888.389.6648 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 888.389.6648. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 888.389.6648. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 888.389.6648 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 888.389.6648. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 888.389.6648. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 888.389.6648. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 888.389.6648. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、888.389.6648 にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサービスです。

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de Cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de PriorityMedicare Vintage (HMO-POS)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para los Miembros al 888.389.6648 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Este plan, **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS), es ofrecido por Priority Health Medicare. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro", hace referencia a Priority Health Medicare. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS).

Este documento está disponible en español de forma gratuita. Esta información está disponible en braille, letra grande y audio.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a las personas inscritas que han sido afectadas con al menos 30 días de antelación.

Este documento explica sus prestaciones y derechos. Utilice este documento para comprender acerca de:

- La prima y el costo compartido de su plan;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- Cómo presentar una queja si no se encuentra satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita ayuda adicional; y,
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Evidencia de Cobertura de 2025

Tabla de Contenido

CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro* 6

SECCIÓN 1 Introducción 7
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 8
SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía que recibirá 9
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) 12
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 15
SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su registro de membresía del plan 18
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 19

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

SECCIÓN 1 Contactos de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para los Miembros) 22
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 27
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 28
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad 29
SECCIÓN 5 Seguro Social 30
SECCIÓN 6 Medicaid 31
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 32
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios 35
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador? 36

CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos* 37

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 38
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica 40
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 44
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? 47
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? 47

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 50
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 51

CAPÍTULO 4: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* 53

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 54
SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar 56
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 140

CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D* 148

SECCIÓN 1 Introducción 149
SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 149
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan 154
SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 156
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 158
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 161
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 163
SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta 165
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 165
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la administración de los medicamentos 167

CAPÍTULO 6: *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D* 170

SECCIÓN 1 Introducción 171
SECCIÓN 2 El precio que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento 174
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 174
SECCIÓN 4 No hay deducible para **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) 176
SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte 176
SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Cobertura para Catástrofes, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D 182
SECCIÓN 7 Información sobre los beneficios adicionales 182

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted pague dependerá de cómo y dónde las obtenga....183

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos* 186

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos....187

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted recibió 190

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no....191

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades* 192

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 193

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan....199

CAPÍTULO 9: *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 201

SECCIÓN 1 Introducción....202

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 202

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?....203

SECCIÓN 4 Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones....204

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura....207

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación....215

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que le están dando de alta demasiado pronto....225

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto....230

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá....234

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente u otras inquietudes 237

CAPÍTULO 10: *Cancelación de su membresía en el plan* 242

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan 243

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 243

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....246
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 246
SECCIÓN 5 **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....247

CAPÍTULO 11: *Avisos legales*..... 249

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes.....250
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....250
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 250
SECCIÓN 4 Aviso sobre la coordinación de beneficios con terceros pagadores.....251
SECCIÓN 5 Aviso sobre la Evidencia de Cobertura: términos vinculantes 252
SECCIÓN 6 Aviso sobre las decisiones de cobertura y derechos de apelación.....253
SECCIÓN 7 Aviso sobre prácticas de privacidad 253

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes*..... 260

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en PriorityMedicare Vintage (HMO-POS), que es un plan con punto de servicio HMO de Medicare.

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de los de Medicare Original.

PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) con opción de punto de servicio (Point-of-Service, POS) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. Punto de servicio significa que puede asistir a proveedores que están fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 3 para obtener información sobre cómo usar la opción de punto de servicio).

La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en *www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families*.

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

Este documento de *Evidencia de Cobertura* describe cómo puede obtener su atención médica y sus medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no se encuentra satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* hacen referencia a la atención y los servicios médicos y los medicamentos con receta que están a su disposición como miembro de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para la membresía en nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

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

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para PriorityMedicare Vintage (HMO-POS)

PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe

continuar viviendo en el área de servicio del plan, Regiones 1, 2 y 5, que incluyen los siguientes condados:

Allegan, Barry, Kent, Lenawee, Ottawa, Berrien, Calhoun, Cass, Ionia, Isabella, Kalamazoo, Mason, Midland, Missaukee, Montcalm, Muskegon, Newaygo, Oceana, Osceola, Otsego, St. Clair, Van Buren, Wexford, Arenac, Bay, Branch, Clinton, Genesee, Huron, Ingham, Livingston, Macomb, Oakland, Ogemaw, Saginaw, Tuscola, Washtenaw, Wayne.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no podrá continuar siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los Miembros para saber si contamos con un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de Inscripción Especial (Special Enrollment Period, SEP) que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nueva ubicación.

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

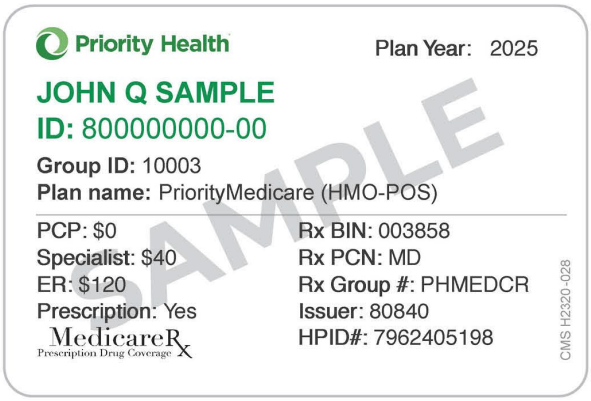
Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

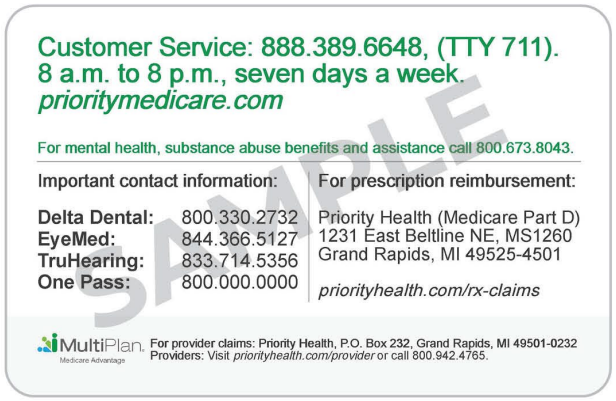
Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Priority Health Medicare si usted no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Priority Health Medicare debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá usar su tarjeta de membresía cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También deberá mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de membresía para que tenga una idea de cómo será la suya:





NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en vez de la tarjeta de membresía de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados “ensayos clínicos”.

Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, la pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los Miembros para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 El *Directorio de Proveedores/Farmacias*: su guía de todos los proveedores y farmacias de la red del plan

El *Directorio de Proveedores/Farmacias* enumera los proveedores de la red actuales, los proveedores de equipo médico duradero y las farmacias.

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

Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores de la red o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser más alta. Consulte el Capítulo 3 (Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos) para obtener más información específica.

Solo pagará su beneficio del punto de servicio (POS) o "fuera de la red" si acude a un proveedor de la península inferior de Michigan que no participa en nuestro plan. Cuando viaje fuera de la península inferior de Míchigan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios, puede utilizar el Pase de viaje Priority Health. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 4 para saber cómo puede recibir atención.

Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de Proveedores/Farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5, para obtener información sobre cuándo puede recurrir a farmacias que no pertenecen a la red del plan.

El *Directorio de Proveedores/Farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene su copia del *Directorio de Proveedores/Farmacias*, puede solicitar una a través de Servicios para los Miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, *priorityhealth.com/vintage25*, o descargarla de ese sitio. Tanto Servicios para los Miembros como el sitio web pueden ofrecerle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de nuestra red.

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

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos "Lista de Medicamentos" para abreviarla. Esta lista indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS). El plan, con la colaboración de un equipo de doctores y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS).

La Lista de Medicamentos también le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de Medicamentos. La Lista de Medicamentos que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos más utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de Medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no figura en la Lista de Medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para los Miembros para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (*priorityhealth.com/vintage25*) o llamar a Servicios para los Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de PriorityMedicare Vintage (HMO-POS)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:
- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de los beneficios complementarios opcionales (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Cantidad de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.5)
- Cantidad del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare (Sección 4.6)

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene alguna duda sobre estas primas, consulte en su copia del manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025) la sección titulada *2025 Medicare Costs* (Costos de Medicare de 2025). Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (*www.medicare.gov/medicare-and-you*). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono 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 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Sección 4.3 Prima de los beneficios complementarios opcionales

Si usted se inscribió para acceder a beneficios adicionales, también llamados *beneficios complementarios opcionales*, usted paga una prima adicional por mes para gozar de estos beneficios adicionales. Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 para obtener más detalles.

Beneficio complementario opcional	**Prima mensual**
Paquete de servicios dentales y de la vista mejorados	$49

Sección 4.4 Multa por inscripción tardía de la Parte D

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

Cuando se inscribe por primera vez en **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS), le informamos la cantidad de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

No tendrá que pagarla si:

- Recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Estuvo sin una cobertura acreditada por menos de 63 días consecutivos.
- Ha obtenido una cobertura acreditada para medicamentos por medio de otra fuente, tal como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VA). Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditada. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, a un plan de medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** Todo aviso deberá indicar que contaba con una cobertura acreditada para medicamentos con receta que se preveía que pagaría la misma cantidad que el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
    - **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura acreditada para medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Esta es la manera en que funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditada para medicamentos con receta después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan tendrá en cuenta el número de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes en el que no tuvo cobertura acreditada. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.

- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2025, la cantidad promedio de la prima es de $36.78.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondear el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por $36.78, que es igual a $5.1492. Esto se redondea a $5.10. Esta cantidad se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial en Medicare para las personas que cumplen 65 años.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se le informe que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

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

Sección 4.5 Cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como la cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso de la Parte D, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, tal y como figura en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si esta cantidad supera una determinada cantidad, pagará la cantidad estándar de la prima y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que es posible que deba pagar según sus ingresos, visite *https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans*.

Si debe pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será esa cantidad adicional. La cantidad adicional será retenida de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si la cantidad de su cheque de beneficios no cubre la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga la cantidad adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar una cantidad adicional, puede solicitar al Seguro Social que revea la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 4.6 Cantidad del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

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

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Si usted paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen varias formas de pagar la multa

Existen 5 formas de pagar la multa.

Opción 1: Cheque o giro postal

Puede pagar la prima mensual con cheque o giro postal. Recibirá una factura mensual que deberá pagar antes del PRIMERO de cada mes. Para pagar por correo, adjunte su cheque o giro postal, a nombre de Priority Health, en el sobre de devolución que se proporciona en la mitad inferior de su factura. Si ha extraviado el sobre de devolución, envíe el pago por correo a 3915 Momentum Place, Chicago, IL 60689-5339. Si su cuenta bancaria no tiene fondos suficientes para cubrir el pago, Priority Health se reserva el derecho a cobrar un cargo por fondos insuficientes (non-sufficient funds, NSF) hasta la cantidad permitida por el Estado de Míchigan, que es $25.

Opción 2: Deducción automática de su cuenta bancaria

Puede elegir que le deduzcan automáticamente su prima mensual de su cuenta bancaria el primer día de cada mes. Este giro deducirá todo el saldo adeudado en el momento del giro. Su pago siempre se aplica automáticamente al primer saldo pendiente más antiguo. Si paga más de la cantidad mensual adeudada, además de su pago automático, aparecerá como un crédito en la siguiente factura, y su giro automático solo extraerá lo adeudado a partir del primer día hábil del mes. Los pagos recibidos antes de la fecha de vencimiento se reflejarán en la siguiente factura. Visite *www.priorityhealth.com/eftmedicare* o llame a Servicios para los Miembros al 888.389.6648 para configurar su deducción automática. Puede presentar un formulario de pago con factura automática en línea (*www.priorityhealth.com/medicare/once-you-enroll/planadministration/pay-your-premium)* o imprimir un formulario en papel, completarlo y enviárnoslo por correo.

Si su cuenta bancaria no tiene fondos suficientes para cubrir el pago de la prima, Priority Health se reserva el derecho a cobrar un cargo por fondos insuficientes (NSF) hasta la cantidad permitida por el Estado de Míchigan, que es de $25. Nota: Si tiene dos o más NSF en un período de tres meses, dejaremos de deducirle automáticamente su prima mensual del plan y le enviaremos una factura mensual por correo.

Opción 3: Deducción del Seguro Social (SSA)

Puede hacer que se deduzca su prima mensual de su cheque mensual de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA). Esto lo protegerá de cualquier posible riesgo de que cancelen su inscripción de su plan de beneficios complementarios opcionales o de su cobertura médica y de medicamentos con receta. Para establecer la deducción de su cheque de Seguro Social, puede inscribirse en línea en *www.priorityhealth.com/ssamedicare* o llamar a Servicios para los Miembros al 888.389.6648, y remitiremos la información a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS). Pueden pasar hasta tres meses antes de que la Administración del Seguro Social (SSA) empiece a deducir sus primas.

- Según la fecha de su inscripción, es posible que deba pagar las primas de los primeros meses mediante un cheque personal o giro postal. En ese caso, le enviaremos una factura por correo.
- La primera vez que la SSA deduzca su prima de un cheque del Seguro Social, le descontará como máximo tres primas mensuales, según el tiempo que tarde la SSA en empezar a deducir sus primas.
- Si por algún motivo su solicitud no se acepta o se retrasa más de tres meses, Medicare suspenderá su solicitud. En ese caso, Priority Health se lo notificará y le facturará directamente sus primas.

Opción 4: Cheque por teléfono

Puede pagar la prima mensual del plan por teléfono desde su cuenta bancaria. Llame a Servicios para los Miembros al 888.389.6648 y tenga a disposición su número de enrutamiento y de cuenta. El pago puede tardar hasta cinco días hábiles en procesarse.

Opción 5: Pago con tarjeta de crédito

Puede pagar su prima mensual del plan mediante un pago único con tarjeta de crédito o mediante pagos recurrentes con tarjeta de crédito en el sitio web *www.priorityhealth.com/medicare/once-you-enroll/plan-administration/pay-your-premium* o llamando a Servicios para los Miembros al 888.389.6648. Los pagos con tarjeta de crédito pueden tardar hasta 10 días hábiles en reflejarse en su cuenta de miembro de Priority Health.

Puede cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D.

Si decide cambiar la opción con la que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, la implementación de su nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses. Mientras procesamos su solicitud para un método de pago nuevo, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Recibirá una factura por correo hasta que la SSA acepte oficialmente la solicitud de deducción de la SSA. En ese momento, recibirá una carta que confirmará este cambio. Es probable que haya seleccionado una opción de pago en su formulario de inscripción, pero si no lo hizo, recibirá una factura mensual por correo. Si desea cambiar su método de pago, puede hacerlo en cualquier momento.

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D

Nuestra oficina debe recibir el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D antes del primer día del mes. Si no hemos recibido el pago antes del primer día del mes, le enviaremos un aviso para informarle que su membresía del plan finalizará si no recibimos su multa por inscripción tardía de la Parte D, si la adeuda, en un plazo de 90 días. Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar a tiempo su multa por inscripción tardía de la Parte D, si la adeuda, comuníquese con Servicios para los Miembros para averiguar si podemos recomendarle programas que puedan ayudarle con los costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó su multa por inscripción tardía de la Parte D, si la adeuda, Medicare Original le brindará su cobertura médica. Además, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (Si supera los 63 días sin cobertura acreditada para medicamentos, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

Si considera que su membresía fue cancelada por error, puede presentar una queja (también llamada reclamación). Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D adeudada dentro de nuestro período de gracia, puede presentar un reclamo. En el caso de haber quejas, volveremos a considerar nuestra decisión. La Sección 10 del Capítulo 9 de este documento le indica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 888.389.6648, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días a la semana. Los usuarios de

TTY deben llamar al 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

Sección 5.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No se nos permite modificar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, puede dejar de pagar una multa por inscripción tardía adeudada o tener que comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa de "Ayuda Adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda Adicional" durante el año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la "Ayuda Adicional" durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la "Ayuda Adicional", es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditada para medicamentos con receta o de la Parte D.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de "Ayuda Adicional".

SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su registro de membresía del plan

Su registro de membresía contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido el proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP).

Los doctores, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y las cantidades de costo compartido**. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, una reclamación por un accidente automovilístico.

- Si fue ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador o un poder de representación para la atención médica).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No tiene la obligación de informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero lo animamos a que lo haga).

Si se produce algún cambio en esta información, comuníquese con Servicios para los Miembros.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los Miembros. Es posible que sus otros aseguradores le soliciten el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que paga primero se denomina pagador principal y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir por la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su doctor, hospital y farmacia.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del

empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD).

- Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 empleados o más o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
- Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para los Miembros)

Cómo comunicarse con Servicios para los Miembros de nuestro plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los Miembros de PriorityMedicare Vintage (HMO-POS). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicios para los Miembros: información de contacto
LLAME AL	888.389.6648 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Servicios para los Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	616.942.0995
ESCRIBA A	Customer Service Department, MS 1115 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525 *MedicareCS@priorityhealth.com*
SITIO WEB	*priorityhealth.com/vintage25*

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación a la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura para la atención médica: información de contacto
LLAME AL	888.389.6648 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	888.647.6152
ESCRIBA A	Health Management Department, MS 1255 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
SITIO WEB	*priorityhealth.com/vintage25*

Método	Decisiones de cobertura sobre medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	888.389.6648 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	877.974.4411
ESCRIBA A	Medicare Part D, MS 1260 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
SITIO WEB	*priorityhealth.com/vintage25*

Método	Apelaciones sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	888.389.6648 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	616.975.8827
ESCRIBA A	Appeals Coordinator, MS 1150 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave. NE. Grand Rapids, MI 49525
SITIO WEB	*priorityhealth.com/vintage25*

Método	Apelaciones sobre medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	888.389.6648 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	877.974.4411
ESCRIBA A	Part D Appeal Coordinator, MS 1260 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
SITIO WEB	*priorityhealth.com/vintage25*

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red o farmacias, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [Decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre la atención médica o medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	888.389.6648 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	Atención médica: 616.975.8827 Parte D: 877.974.4411
ESCRIBA A	Medicare Grievance Coordinator, MS 1150 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave. NE. Grand Rapids, MI 49525
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre **Priority**Medicare Vintage directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en *www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx*.

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si ha recibido una factura o ha pagado por servicios (tal como la factura de un proveedor) que usted considera que nosotros deberíamos pagar, es posible que tenga que solicitarnos el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago para atención médica: información de contacto
LLAME AL	888.389.6648 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	616.942.0995
ESCRIBA A	Customer Service Department, MS 1115 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
SITIO WEB	*priorityhealth.com/vintage25*

Método	Solicitudes de pago para medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	888.389.6648 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	616.975.8867
ESCRIBA A	Medicare Part D, MS 1260 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
SITIO WEB	*priorityhealth.com/vintage25*

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o al 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	*www.medicare.gov* Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, doctores, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare (Medicare Eligibility Tool):** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de Planes de Medicare (Medicare Plan Finder):** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un *valor estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB (continuación)	También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS): • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite *www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.* Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán junto a usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Míchigan, el SHIP se llama Programa de asistencia de Medicare/Medicaid de Míchigan (Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program, MMAP).

El Programa de asistencia de Medicare/Medicaid de Míchigan (MMAP) es un programa estatal independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de asistencia de Medicare/Medicaid de Míchigan (MMAP) pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa de asistencia de Medicare/Medicaid de Míchigan (MMAP) también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a entender las opciones de planes que tiene con Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y A OTROS RECURSOS:

- Visite *https://www.shiphelp.org* (Haga clic en UBICACIÓN DEL SHIP en el medio de la página).
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con los números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa de asistencia de Medicare/Medicaid de Míchigan (MMAP): información de contacto
LLAME AL	800.803.7174 o marque 211
ESCRIBA A	MMAP 6015 W St Joseph Hwy Ste. 103, Lansing MI 48917
SITIO WEB	*mmapinc.org*

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. Para Míchigan, la Organización para la mejora de la calidad se denomina Livanta LLC.

Livanta LLC está integrada por un grupo de doctores y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta LLC es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con Livanta LLC:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de servicios de atención médica a domicilio, servicios en centros de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Livanta LLC (Organización para la mejora de la calidad de Míchigan): información de contacto
LLAME AL	888.524.9900, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local Fines de semana/días festivos: de 10:00 a. m. a 4:00 p. m., hora local

Método	Livanta LLC (Organización para la mejora de la calidad de Míchigan): información de contacto
TTY	888.985.8775 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta LLC, BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	*www.livanta.com*

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

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

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día.

Método	Seguro Social: información de contacto
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	*www.ssa.gov*

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno estatal y federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI): Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Míchigan.

Método	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Míchigan: información de contacto
LLAME AL	517.241.3740, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Método	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Míchigan: información de contacto
TTY	844.578.6563 Las personas que llamen y tengan discapacidad auditiva pueden comunicarse con Michigan Relay Center al 711 y preguntar por el número anterior. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Michigan Department of Health and Human Services 333 S. Grand Ave. P.O. Box 30195 Lansing, Míchigan 48909
SITIO WEB	*michigan.gov/mdhhs*

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

El sitio web Medicare.gov (*https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs*) ofrece información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, existen también otros programas de asistencia que se describen a continuación.

Programa de "Ayuda Adicional" de Medicare

Medicare ofrece "Ayuda Adicional" para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta "Ayuda Adicional" también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si usted reúne los requisitos para la "Ayuda Adicional" de Medicare en forma automática, le enviaremos una carta por correo. No tendrá que aplicar. Si usted no reúne los requisitos de forma automática, puede obtener "Ayuda Adicional" para pagar sus primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos 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, los 7 días de la semana.

- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o bien a
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo); o bien a
- Un recurso adicional para que los miembros sepan si califican para la Ayuda Adicional de Medicare es llamar a Priority Health al 888-389-6648.

Si cree que reúne los requisitos para recibir "Ayuda Adicional" y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan cuenta con un proceso para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, proporcionárnosla.

- En primer lugar, el plan comprobará en el sistema de los CMS si se ha actualizado el estado del Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS). Si el sistema de los CMS no indica el estado del LIS, el plan requerirá una de las siguientes opciones:
    - Una copia de su tarjeta de Medicaid.
    - Una copia de un documento estatal que contenga la condición de Medicaid.
    - Otra documentación facilitada por el Estado que demuestre la condición de Medicaid, como una carta.
    - Remesa de una institución que compruebe los pagos de Medicaid.
    - Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid a un centro.

Debe enviar la documentación al plan en un plazo de 10 a 14 días después de haberse puesto en contacto con nosotros en relación con la discrepancia en el estado de su LIS.

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la cantidad de su sobrepago o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como una cantidad que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Comuníquese con Servicios para los Miembros si tiene preguntas.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda Adicional y cobertura del Programa de asistencia de medicamentos estatal (SPAP)?

Muchos Estados y las Islas Vírgenes de los EE. UU. ofrecen ayuda para pagar las recetas, las primas del plan de medicamentos y otros costos de medicamentos. Si está inscrito en el Programa de asistencia de medicamentos estatal (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

¿Qué ocurre si tiene "Ayuda Adicional" y cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?
¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, que también se encuentran incluidos en el formulario del ADAP, reúnen los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta a través del Programa de asistencia de medicamentos para el VIH/SIDA de Míchigan (Michigan HIV/AIDS Drug Assistance Program, MIDAP).

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen un comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, por favor notifique al encargado de inscripción local del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 888.826.6565.

Programas de asistencia de medicamentos estatales

Muchos Estados tienen Programas de asistencia de medicamentos estatales que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos con receta según la necesidad económica, edad, afección médica o discapacidades. Cada Estado tiene normas diferentes para brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Míchigan, el Programa de asistencia de medicamentos estatales es el Programa de asistencia de medicamentos de Míchigan (MIDAP).

Método	Programa de asistencia de medicamentos de Míchigan (MIDAP): información de contacto
LLAME AL	888.826.6565, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
ESCRIBA A	Michigan Department of Health and Human Services P.O. Box 30727 Lansing, MI 48909
SITIO WEB	*medicare.gov/plan-compare/#/pharmaceutical-assistance-program/states*

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago nueva que funciona junto con su cobertura de medicamentos actual y que puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos repartiéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año**

(de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no a ahorrar dinero o disminuir los costos de sus medicamentos.** La "Ayuda Adicional" de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes reúnan los requisitos, tiene más ventajas que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

Método	El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare: información de contacto
LLAME AL	1.866.845.1803 Las llamadas a este número son gratuitas. El servicio de atención telefónica está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Servicios para los Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	1.800.716.3231 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan PO Box 2 Saint Louis, MO 63166 Esta dirección debe utilizarse únicamente para consultas generales. Se proporcionarán direcciones adicionales para los formularios de elección en papel y para el proceso de pago.
SITIO WEB	*https://www.express-scripts.com/mppp*

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

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

Método	Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 3:00 p. m., excepto los feriados nacionales.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	*rrb.gov/*

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?

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

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:
Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otros tipos de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

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

- Los **proveedores** son los doctores y otros profesionales de atención médica autorizados por el Estado para brindar atención y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los doctores y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestros pagos y su cantidad de costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan

Como un plan de salud de Medicare, **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las normas de cobertura de Medicare Original.

PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la

prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención médica.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - Su PCP de la red puede recomendar a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una derivación. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - No se requieren derivaciones de su PCP.
- Usted puede recibir atención de proveedores de la red y fuera de la red; sin embargo, generalmente pagará menos si usa un proveedor de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). Cuando reciba atención de un proveedor de la red, estará cubierto por su beneficio dentro de la red (HMO). Cuando reciba atención de un proveedor fuera de la red, estará cubierto por su beneficio fuera de la red (POS). *Existen tres excepciones:*
  - El plan cubre los servicios de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, y no hay especialistas en nuestra red que puedan proveerla, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. **Se debe obtener una autorización previa de Priority Health Medicare antes de solicitar atención médica.** En este caso, pagaría lo mismo que pagaría si obtuviera atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo conseguir autorización para consultar a un doctor fuera de la red, remítase a la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor que le presta este servicio no se encuentre disponible temporalmente o no sea posible comunicarse con él. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no se encuentra disponible temporalmente, y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio a través de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica

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

Cuando se inscribe como miembro de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS), su primer paso es elegir un proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP puede ser un doctor de familia, un doctor de medicina general, un doctor de medicina interna, un obstetra/ginecólogo, un enfermero practicante o un asistente médico que trabaja en un entorno de atención primaria que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica en un entorno de atención primaria. Su PCP es su compañero que lo ayudará a mantenerse saludable y le enseñará a tomar el control de su salud. Debido a que conoce su historial de salud, puede recibir la atención que necesita, cuando la necesita.

Su PCP puede ayudarle a organizar o coordinar sus servicios, incluso comprobar o consultar con otros proveedores sobre su atención y progreso. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, puede obtener una recomendación de su PCP para consultar a un especialista u otro proveedor. Esto puede incluir radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención de doctores que son especialistas, ingresos hospitalarios y atención de seguimiento. En algunos casos, su PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Consulte el Capítulo 4 para obtener más detalles sobre los servicios que requieren autorización previa. Cuando su PCP le proporcione y coordine su atención médica, deberá enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

¿Cómo elige al PCP?

Se puede buscar un PCP con la herramienta Find-a-Doctor (Buscar un doctor) en *priorityhealth.com/vintage25* y luego actualizarlo a través de su portal para miembros.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP.

Para cambiar su PCP, comuníquese con Servicios para los Miembros o cambie de PCP en línea a través de su cuenta de miembro en *priorityhealth.com/vintage25*. Encontrará una lista de PCP para elegir en nuestro sitio web *priorityhealth.com/vintage25*. Si necesita una copia impresa de nuestra lista de PCP, o si necesita ayuda para elegir un PCP, comuníquese con Servicios para los Miembros. Cuando solicite cambiar su PCP, haremos el cambio inmediatamente.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin la derivación de su PCP?

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas antigripales, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia cubiertos por el plan, que son servicios que requieren atención médica inmediata y no son emergencias, siempre que usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o que no sea razonable obtener tal servicio por parte de los proveedores de la red con quienes el plan tiene contrato teniendo en cuenta el momento, el lugar y las circunstancias. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina a los proveedores médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran servicios de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para los Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera.

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

El especialista es un doctor que presta servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardiacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.
    - Puede pedirle a su PCP que le recomiende especialistas y otros proveedores de la red o puede buscarlos por su cuenta. Si no está seguro de si el proveedor participa en nuestro plan, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento) o visite *priorityhealth.com/vintage25* y utilice nuestra

herramienta “Find a Doctor” (Buscar un doctor). Recuerde que, si utiliza proveedores de la red, pagará menos. Cuando utilice proveedores fuera de la red, pagará una franquicia y podría tener que abonar un costo compartido más elevado por el mismo servicio.

Se pueden aplicar los requisitos de autorización previa para algunos servicios, independientemente si se obtuvieron en la red o fuera de la red. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para más detalles sobre los servicios que requieren autorización previa. Priority Health Medicare y otras entidades delegadas toman las decisiones de autorización previa. Para obtener una autorización previa, usted o su proveedor deben comunicarse con Priority Health Medicare. Puede comunicarse con Servicios para los Miembros al 888.389.6648 para obtener más información sobre los requisitos de autorización previa y sobre cómo solicitar la autorización previa de un servicio.

Es importante saber qué cubre y qué no cubre Medicare. Asegúrese de preguntarle a su proveedor de la red si un servicio está cubierto. Los proveedores deben informarle verbalmente cuando Medicare no cubre un servicio.

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, los doctores y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su doctor o especialista deja de estar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a doctores y especialistas calificados.
- Le avisaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, se lo notificaremos si ha acudido a ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, se lo notificaremos si está asignado al proveedor, actualmente recibe su atención o lo ha visto en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado de la red al que pueda acceder para que continúe ocupándose de su atención médica.
- Si en este momento está realizando terapias o un tratamiento médico con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que las terapias o el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpan.
- Le informaremos sobre los diferentes períodos de inscripción que tiene a su disposición y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con los costos compartidos de la red, cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.

- Si se entera de que su doctor o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), interponer un reclamo sobre la calidad de la atención al plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

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

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen un contrato con nosotros no tienen obligación alguna de tratarlo, salvo en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores de la red y fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Su plan ofrece el Pase de viaje Priority Health, por lo que puede acudir a proveedores participantes de Medicare fuera de la península inferior de Míchigan (dentro de los EE. UU. y sus territorios), y su costo será el mismo que si acudiera a un proveedor de la red. Para obtener más detalles, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 4 *(Obtener atención con el Pase de viaje Priority Health de nuestro plan).*

Aquí le presentamos algunos datos importantes que se deben tener en cuenta:

- Salvo para la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no participa en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no participa en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que participa en Medicare.
- Como parte del Pase de viaje de Priority Health, si recibe servicios de los proveedores participantes de Medicare mientras viaja fuera de la península inferior de Míchigan (dentro de los EE. UU. y sus territorios), su costo será el mismo que si acudiera a proveedores de la red. Además, nos asociamos con MultiPlan, una red de proveedores de Medicare, para que le resulte aún más fácil recibir atención de los proveedores en otros Estados Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 4 *(Obtener atención con el Pase de viaje Priority Health de nuestro plan).*
- Cuando reciba servicios de un proveedor que no participe en Priority Health Medicare en la península inferior de Míchigan, pagará el costo compartido fuera de la red, como se define en la Sección 2.1 del Capítulo 4.
- No necesita una derivación si desea obtener atención de proveedores que no pertenecen a la red en la península inferior de Míchigan o cuando usa proveedores del Pase de viaje Priority Health. Sin embargo, antes de obtener servicios, recomendamos que confirme que los servicios que recibirá están cubiertos y son médicamente necesarios. Esto es importante porque:
    - Si más adelante determinamos que los servicios no están cubiertos o no eran médicamente necesarios, podemos negar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra

decisión de no cubrir su atención. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja).

- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red en la península inferior de Míchigan o a un proveedor que está utilizando con el Pase de viaje Priority Health que primero le facture al plan. Sin embargo, si ya ha pagado por los servicios cubiertos o si le piden que pague por adelantado y luego nos pide un reembolso, le haremos un reembolso por nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. O si un proveedor le envía una factura que usted considera que nosotros deberíamos pagar, puede enviárnosla para que realicemos el pago. Consulte el Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos)* para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.
- Si está utilizando un proveedor fuera de la red, independientemente de si está dentro o fuera de la península inferior, para el transporte en ambulancia, la atención de emergencia o la atención de urgencia, no deberá pagar una cantidad de costo compartido más alta. Para obtener más información sobre estas situaciones, consulte la Sección 3.

Es importante saber qué cubre y qué no cubre Medicare. Asegúrese de preguntarle a su proveedor si un servicio está cubierto.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

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

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

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una derivación del PCP. No es necesario que recurra a un doctor de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, así como también cobertura de emergencia o de urgencia en todo el mundo, y de cualquier proveedor que posea la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red.

- **Apenas sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente en un plazo de 48 horas. Llámenos al 888.389.6648 (TTY 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

¿Qué cobertura tiene en caso de una emergencia médica?

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

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus doctores continuarán tratándolo hasta que sus doctores se pongan en contacto con nosotros y planifiquen una atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento. Su beneficio de la red se aplicaría a los cuidados agudos de seguimiento médicamente necesarios después de una urgencia o emergencia si dicha atención no puede demorarse sin efectos médicos adversos. Su beneficio fuera de la red (o POS) se aplicaría para los cuidados agudos de seguimiento después de una urgencia o emergencia si dicha atención no puede demorarse sin efectos médicos adversos y usted puede física y razonablemente regresar al área de servicio para recibir atención de los proveedores contratados. Si puede física y razonablemente regresar al área de servicio, pero elige permanecer fuera del área de servicio después del evento, los cuidados que reciba entrarán en su beneficio fuera de la red (o POS). El beneficio fuera de la red (o POS) se aplica al tratamiento o atención de seguimiento de una enfermedad crónica o existente. Consulte el Capítulo 4 (Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) para obtener detalles sobre el costo compartido de POS (fuera de la red).

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

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

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

Sin embargo, una vez que el doctor haya determinado que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable obtener tal servicio por parte de los proveedores de la red con quienes el plan tiene contrato teniendo en cuenta el momento, el lugar y las circunstancias. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina a los proveedores médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran servicios de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Cuando surja una situación de urgencia (no una emergencia) y se requieran servicios, asista a un centro de atención de urgencia. También puede ponerse en contacto con su proveedor de atención primaria (PCP) para que lo oriente. Su PCP puede atenderlo en su consultorio o sugerirle que asista un centro de atención de urgencia participante para que lo traten. Algunos hospitales tienen centros de atención de urgencia a los que puede acceder. También puede comunicarse con Servicios para los Miembros.

Nuestro plan cubre servicios de atención de urgencia en todo el mundo y atención médica de emergencia cuando recibe atención fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web: *priorityhealth.com/vintage25* para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos

con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

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

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, tal como figura en la Tabla de Beneficios Médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no se encuentran cubiertos por el plan, o que han sido obtenidos fuera de la red sin autorización previa, usted es responsable de pagar el costo total de los mismos.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez alcanzado el límite del beneficio, cualquier otro servicio que supere el límite del beneficio no contará para el máximo que paga de su bolsillo.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *ensayo clínico*) es una manera que tienen los doctores y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen requerir la participación de voluntarios en los mismos.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese su interés, alguien que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el mismo y determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo están llevando a cabo. Puede

participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio *y* si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos informa que se encuentra participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios provistos en dicho ensayo. Si ha pagado de más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad del costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que ha pagado y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá presentar la documentación que demuestre la cantidad que ha pagado. Mientras participe en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos informe, ni que obtenga nuestra aprobación o de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brinden atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios por los cuales nuestro plan es responsable que incluyen, como un componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Se incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura (national coverage determinations, NCD) que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (coverage with evidence development, CED) y en los estudios de exenciones de dispositivos de investigación (investigational device exemptions, IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los afiliados de Medicare Advantage por Medicare Original, le recomendamos que nos informe por adelantado cuando decida participar en estudios de investigación clínica calificados por Medicare.

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

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?

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

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Una vez que Medicare haya pagado la parte que le corresponde pagar por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio, igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, deberá presentar la documentación que demuestre la cantidad de costo compartido que ha pagado. Para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pagos, consulte el Capítulo 7.

> *A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:*
> Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Medicare Original, pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el análisis, y usted pagaría el copago de $20 exigido por Medicare Original. A continuación, deberá notificar a su plan que ha recibido un servicio de ensayo clínico calificado y presentar al plan documentación tal como la factura del proveedor. Entonces el plan le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto será de $10, la misma cantidad que pagaría según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, deberá presentar al mismo documentación tal como la factura del proveedor.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Artículos y servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier participante en el ensayo.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *"Medicare and Clinical Research Studies"* (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en *www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)*. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

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

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
    - Debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro; de lo contrario, su estadía no se cubrirá.
- Consulte la tabla de beneficios en la Sección 2.1 del Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos*, en Atención hospitalaria para obtener información sobre el costo compartido. Cuenta con una cantidad ilimitada de días de hospitalización para este beneficio.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como los dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de realizar el copago del artículo durante 13 meses. Como miembro de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS), sin embargo, puede adquirir la propiedad de ciertos artículos de equipo médico duradero alquilados mientras es miembro de nuestro plan después de 13 pagos consecutivos. Llame a Servicios para los Miembros para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Medicare Original a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras estuvo inscrito en su plan no se tienen en cuenta.

Ejemplo 1: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que haya realizado en Medicare Original no se tienen en cuenta. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan para convertirse en propietario del artículo.

Ejemplo 2: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estuvo en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras formaba parte de este. Luego, regresa a Medicare Original. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Medicare Original para convertirse en propietario del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no se tienen en cuenta.

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

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) cubrirá:

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

Si abandona **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) o el equipo de oxígeno ya no constituye una necesidad médica, deberá devolverlo.

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

Medicare Original exige que el proveedor de oxígeno le preste sus servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses deberá alquilar el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporcionará el equipo y el mantenimiento (usted seguirá siendo responsable del copago por el oxígeno). Luego de cinco años, podrá elegir entre quedarse en la misma compañía o cambiarse a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, aunque permanezca en la misma compañía, requiriendo que pague sus copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:
Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo incluye una Tabla de Beneficios Médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de PriorityMedicare Vintage (HMO-POS). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

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

- El **deducible** es la cantidad que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. (La Sección 1.2 brinda más información sobre el deducible del plan).

- El **copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).

- El **coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuál es su deducible del plan?

Su deducible fuera de la red (POS) es de $1,500. Esta es la cantidad que debe pagar de su bolsillo antes de que le abonemos la parte que nos corresponde de los servicios médicos cubiertos fuera de la red (POS).

Hasta que haya pagado la cantidad del deducible fuera de la red, deberá pagar el costo total por los servicios cubiertos fuera de la red. Una vez que haya pagado el deducible fuera de la red, comenzaremos a pagar la parte que nos corresponde de los costos por los servicios médicos cubiertos fuera de la red.

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

- Atención de la vista de rutina no cubierta por Medicare fuera de la red, incluidos los exámenes y los anteojos y lentes de contacto
- Insulina de la Parte B de Medicare suministrada mediante un equipo médico duradero fuera de la red
- Observación hospitalaria para pacientes externos fuera de la red
- Programa de asistencia al viajero en todo el mundo fuera de la red
- Servicios auditivos no cubiertos por Medicare de rutina fuera de la red
- Servicios de acupuntura cubiertos por Medicare y no cubiertos por Medicare de rutina fuera de la red
- Servicios de ambulancia fuera de la red
- Servicios de apoyo para cuidadores fuera de la red
- Servicios de la sala de emergencias fuera de la red
- Servicios de quiropráctica de rutina fuera de la red no cubiertos por Medicare
- Servicios de transporte fuera de la red
- Servicios de urgencia fuera de la red
- Servicios dentales no cubiertos por Medicare de rutina fuera de la red
- Vacunas cubiertas por Medicare fuera de la red

Sección 1.3 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto a la cantidad total que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina la cantidad máxima que paga de su bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por los servicios médicos. Para el año calendario 2025, esta cantidad es de $5,300.

Las cantidades que usted paga por los deducibles, copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para esta cantidad máxima que paga de su bolsillo. Las cantidades que paga por los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Además, las cantidades que usted paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si llega a la cantidad máxima que paga de su bolsillo de $5,300, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.4 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen saldos

Como miembro de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS), una protección importante para usted es que, después de que alcanza los deducibles, solo tiene que pagar la parte que le corresponde de la cantidad del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección

se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente esa cantidad por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una derivación o para emergencias, o fuera del área de servicio para los servicios de urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a Servicios para los Miembros.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de Beneficios Médicos enumera los servicios que **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) cubre y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben prestarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- En el caso de los nuevos afiliados, su plan MA de atención coordinada debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA no puede exigir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención médica.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos *solo* si su doctor o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados **con un símbolo de verificación y una nota al pie** en la Tabla de Beneficios Médicos.

TABLA DE REFERENCIA DE AUTORIZACIÓN PREVIA	
Se requiere autorización previa para lo siguiente:	Busque este servicio en la Tabla de Beneficios Médicos que figura a continuación para obtener más detalles:
Ablación con catéter por radiofrecuencia para el dolor de espalda	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Alimentación parenteral o enteral	Prótesis
Alquileres de equipo médico duradero (DME)	Equipo médico duradero (DME)
Análisis genético	Servicios terapéuticos/de pruebas de diagnóstico para pacientes externos
Angiografía por resonancia magnética (Magnetic Resonance Angiography, MRA)	Servicios terapéuticos/de pruebas de diagnóstico para pacientes externos
Angiotomografía computarizada (Computed Tomography Angiography, CTA)	Servicios terapéuticos/de pruebas de diagnóstico para pacientes externos
Artículos de equipo médico duradero (DME) que cuestan más de $1,000	Equipo médico duradero (DME)
Atención hospitalaria para pacientes internados (electiva)	Atención hospitalaria para pacientes internados
Audífono con anclaje óseo	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Blefaroplastia	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Bombas de infusión (implantable)	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Bombas de insulina	Equipo médico duradero (DME)
Cirugía bariátrica	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos

Cirugía cosmética y reconstructiva	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Cirugía de reasignación de género	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Cirugía y evaluación de trasplante (excepto los trasplantes de córnea)	Atención hospitalaria para pacientes internados Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Disco intervertebral artificial	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Dispositivos cardíacos implantados	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos Servicios de doctores o profesionales (especialista)
Electroencefalograma (EEG)	Servicios terapéuticos/de pruebas de diagnóstico para pacientes externos Hospital para pacientes externos
Estimulación magnética transcraneal	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos Servicios de doctores o profesionales (especialista)
Estimuladores	Equipo médico duradero (DME)
Estimuladores (implantados)	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Estudios de cardiología nuclear	Servicios terapéuticos/de pruebas de diagnóstico para pacientes externos
Estudios del sueño (excepto a domicilio)	Servicios terapéuticos/de pruebas de diagnóstico para pacientes externos
Evaluaciones de trasplantes (excepto las evaluaciones de trasplantes de córnea)	Servicios de doctores o profesionales (especialista)
Hospitalización parcial	Hospitalización parcial
Imagen de resonancia magnética (IRM)	Servicios terapéuticos/de pruebas de diagnóstico para pacientes externos
Implantes cocleares	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Ingresos a centros de enfermería especializada	Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)

Ingresos de atención de salud mental para pacientes internados (electivos)	Atención de salud mental para pacientes internados
Medicamentos inyectables	Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare
Monitores de glucosa continuos (continuous glucose monitors, CGM)	Equipo médico duradero (DME)
Procedimientos cardíacos (como, por ejemplo, procedimientos transcatéter, revascularización periférica, angioplastia coronaria o no coronaria o colocación de stent, injerto de revascularización coronaria)	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos Servicios de doctores o profesionales (especialista) Equipo médico duradero (DME) (para vestir)
Procedimientos cardíacos transcatéter	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Procedimientos oncológicos por radiación (como radioterapia de intensidad modulada [intensity-modulated radiation therapy, IMRT], radioterapia por neutrones [neutron beam radiotherapy, NBRT], radioterapia por protones [proton beam radiotherapy, PBRT], radiocirugía estereotáctica [stereotactic radiosurgery, SRS], radioterapia corporal estereotáctica [stereotactic body radiation therapy, SBRT], entre otros)	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Procedimientos ortopédicos (como artroplastias articulares, artroscopias articulares, laminectomías y procedimientos de descompresión relacionados, reparaciones de hombro, fusiones vertebrales y procedimientos relacionados, entre otros)	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos Servicios de doctores o profesionales (especialista)
Prostatectomía radical	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Prótesis y órtesis que cuestan más de $1,000	Prótesis
Servicios de atención médica a domicilio	Atención médica a domicilio
Servicios dentales (cubiertos por Medicare)	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos Servicios de doctores o profesionales (especialista)
Servicios experimentales o de investigación	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos

Termoplastia bronquial	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Tomografía computada	Servicios terapéuticos/de pruebas de diagnóstico para pacientes externos
Tomografía por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET)	Servicios terapéuticos/de pruebas de diagnóstico para pacientes externos
Transporte aéreo de ala fija	Ambulancia
Tratamiento de infusión a domicilio	Tratamiento de infusión a domicilio
Tratamiento de venas varicosas (como, por ejemplo, ablaciones endovasculares, escleroterapia, ablación endovenosa, flebectomía punzante y ligadura de venas)	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos Servicios de doctores o profesionales (especialista)

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare & You 2025* [Medicare y Usted 2025]. Consúltelo en línea, en *www.medicare.gov*, o solicite 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).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

Verá esta estrella junto a los beneficios que nuestro plan ofrece por encima de lo que cubre Medicare Original.

✓ Verá esta marca cuando un beneficio requiera una autorización previa.

* Verá un asterisco en los servicios que no se aplican a la cantidad máxima que paga de su bolsillo, dentro de la red o combinados, y se los denominará “combinados” en toda la Tabla de Beneficios Médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de parte de su doctor, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.	No se requiere un copago para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.	50% del costo total de la prueba de detección preventiva. Se aplica el deducible.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente: Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales únicamente para aquellos pacientes que manifiesten una mejoría en el diagnóstico de dolor lumbar crónico. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura al año.	Copago de $20 por cada servicio cubierto por Medicare. Copago de $20 por cada consulta de acupuntura no cubierta por Medicare, hasta 6 consultas cada año.	Copago de $20 por cada servicio cubierto por Medicare. Copago de $20 por cada consulta de acupuntura no cubierta por Medicare, hasta 6 consultas cada año. No se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) Las consultas al consultorio relacionadas con acupuntura cubierta por Medicare no están cubiertas. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. Requisitos para proveedores: Los doctores (según la definición en la Sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), los enfermeros practicantes (Nurse Practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (como se identifican en la Sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • Un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un Estado, Territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un doctor, un PA o un NP/CNS, tal y como exigen nuestras normas en el Título 42, Secciones 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR). **Consultas de acupuntura de rutina no cubiertas por Medicare:** Consultas de acupuntura de rutina (se limitan a 6 consultas, independientemente de si se realizan dentro o fuera de la red) para otras afecciones, como dolores de cabeza, ansiedad, problemas del sueño, artrosis, efectos secundarios de la quimioterapia y trastornos respiratorios, entre otros.		
Vacunas y sueros antialérgicos Tiene cobertura para las vacunas antialérgicas y el suero de la Parte B de Medicare (antígeno) cuando sea médicamente necesario. Se puede aplicar un copago/coseguro para especialistas, consulte “Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas al consultorio del doctor”. **Nota:** Para las pruebas de alergia cubiertas por Medicare, consulte “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos”.	Hasta el 20% del costo total para cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare que se obtiene en un consultorio de un proveedor.	Hasta el 20% del costo total para cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare que se obtiene en un consultorio de un proveedor. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, para una emergencia o una situación que no es de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. Cubrimos los servicios de ambulancia que no sean un transporte a un centro si se encuentra estable en su hogar u otro lugar. Este servicio no está cubierto fuera de los EE. UU. y sus territorios. Los servicios de ambulancia de emergencia prestados fuera de los EE. UU. y sus territorios están cubiertos cuando se proporcionan en relación con un transporte de emergencia. Se realiza un pago para los servicios de ambulancia necesarios que cumplen con otros requisitos de cobertura del programa Medicare y que se prestan en relación con un centro emergencia. ✓ *Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 57 para obtener más información.*	**Dentro y fuera del área de servicio** Copago de $270 por cada viaje sencillo en ambulancia cubierto por Medicare. Copago de $270 por cada estabilización en ambulancia no cubierta por Medicare cuando no haya transporte. El costo compartido fuera de la red se aplicará al máximo que paga de su bolsillo combinado. No se aplica el deducible.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Examen físico preventivo anual Debido a que es miembro de este plan, si el motivo de la cita es su examen anual programado, no se le cobrará la consulta al consultorio, sin importar cuánto se dialogue. Esta es una oportunidad para que usted y su doctor hablen sobre cualquier preocupación o pregunta que pueda tener. El examen físico preventivo anual NO incluye análisis de sangre ni vacunas. Consulte "Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos" y "Vacunas" para conocer el costo compartido.	Copago de $0 por un examen físico preventivo anual.	50% del costo total del examen físico preventivo anual. Se aplica el deducible.
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores de riesgo y salud actuales. Esto se cubre una por año calendario. Al igual que con el examen físico preventivo anual, no se le cobrará la consulta al consultorio, sin importar cuánto dialogue con su doctor. La consulta anual de bienestar NO incluye análisis de sangre ni vacunas. Consulte "Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos" y "Vacunas" para conocer el costo compartido.	No se requiere un copago para la consulta anual de bienestar.	50% del costo total de la consulta anual de bienestar. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Consulta anual de bienestar (continuación) **Nota:** Su primera consulta anual de bienestar no puede ser dentro de los 12 meses posteriores a su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.		
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, son personas en riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del doctor.	No se requiere un copago para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.	50% del costo total de las mediciones de la masa ósea cubiertas por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. Una **mamografía de detección de cáncer de mama** (2D o 3D) se realiza cuando usted no presenta signos ni síntomas (asintomática) de enfermedad mamaria. Una **mamografía de diagnóstico** se realiza cuando se tienen signos o síntomas de enfermedad mamaria, antecedentes personales de cáncer de mama o antecedentes personales de enfermedad mamaria benigna comprobada mediante biopsia. Si le extirpan un bulto y lo envían al laboratorio para que lo analicen, se considera diagnóstico, independientemente de si se hace una mamografía de detección o una mamografía de diagnóstico. Consulte “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos”.	No se requiere un copago para las mamografías de detección cubiertas.	50% del costo total de las mamografías de control. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Servicios de rehabilitación cardiaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardiaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del doctor. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardiaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardiaca.	Copago de $20 para cada consulta cubierta por Medicare para servicios de rehabilitación cardíaca. Copago de $20 para cada consulta cubierta por Medicare para servicios intensivos de rehabilitación cardíaca.	50% del costo total de cada consulta cubierta por Medicare para servicios de rehabilitación cardíaca. 50% del costo total de cada consulta cubierta por Medicare para servicios intensivos de rehabilitación cardíaca. Se aplica el deducible.
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta al año con su doctor de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su doctor puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.	No se requiere un copago para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.	50% del costo total del beneficio preventivo cubierto por Medicare para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares. Se aplica el deducible.
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere un copago para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.	50% del costo total del análisis cubierto por Medicare para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Servicios de apoyo para cuidadores* Servicios de apoyo para cuidadores proporcionados por Carallel®. Utilizar este beneficio no tiene costo alguno para usted. Los servicios de apoyo para los cuidadores están disponibles para todos los miembros de Priority Health y sus familias. Los Care Advocates de Carallel proporcionan apoyo e investigación sobre temas como el seguro médico, el apoyo emocional, el control del estrés, la vivienda y el transporte, y orientación sobre cuestiones financieras y asuntos legales. Carallel ofrece herramientas y recursos en línea que proporcionan apoyo personalizado adaptado a su situación particular. Inscríbase en los servicios de apoyo para cuidadores de Carallel llamando al 1-877-715-7872, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. ET, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Inscríbase en línea en *http://app.carallel.com/priorityhealth.*	Copago de $0 para el beneficio de apoyo para cuidadores.* No se aplica el deducible.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Pruebas del virus del papiloma humano (VPH) (como parte de una prueba de Papanicolaou), una cada 5 años si tiene entre 30 y 65 años y es asintomática.	No se requiere copago para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.	50% del costo total de los exámenes de Papanicolaou y pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos por Medicare incluyen la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. Las consultas al consultorio y las radiografías relacionadas con un servicio cubierto por Medicare no están cubiertas. Las consultas de rutina no cubiertas por Medicare pueden utilizarse para afecciones que incluyen, entre otras, dolor de espalda, dolor de cuello y dolores de cabeza. Límite de 12 consultas de rutina y una radiografía no cubiertas por Medicare al año cuando se realizan dentro de la red.	Copago de $20 por cada servicio de quiropráctica cubierto por Medicare. Copago de $20 por cada consulta para servicios de quiropráctica de rutina, hasta 12 al año. Copago de $35 por servicios de radiografía no cubiertos por Medicare realizados por un quiropráctico, una vez al año (pagaría esto además de su consulta).	50% del costo total de cada servicio de quiropráctica cubierto por Medicare. Los servicios quiroprácticos de rutina no están cubiertos. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Prueba de detección de cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema de bario previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un alto riesgo después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes mayores de 45 años. Una cada 12 meses. • Prueba multidirigida de ADN en heces fecales para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una cada 3 años.	No se requiere un copago para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su doctor encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeto a un copago de $350 si se realiza en un hospital para pacientes externos o a un copago de $350 si se realiza en un centro independiente. Copago de $0 para cada enema de bario cubierto por Medicare.	50% del costo total de una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su doctor encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeto al 50% del costo total si se realiza en un hospital para pacientes externos o al 50% del costo total si se realiza en un centro independiente. 50% del costo total de cada enema de bario cubierto por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • El enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • El enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no presenten un alto riesgo y sean mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal en heces no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. • Las pruebas de detección de irregularidades intestinales, problemas o síntomas médicos (sangrado, etc.), pólipos previos, o el seguimiento de un resultado positivo de Cologuard u otra prueba no invasiva se consideran Colonoscopias diagnósticas, por lo que es posible que se aplique el costo compartido. Consulte los beneficios de “Cirugía para pacientes externos” y “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (Laboratorio/Patología)”.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) Una **colonoscopia de detección** es un procedimiento para detectar pólipos en el colon, cáncer u otras afecciones colorrectales en personas que no presentan signos ni síntomas. Una colonoscopia de detección puede convertirse en una colonoscopia de diagnóstico durante el procedimiento en sí; si eso sucede, consulte "Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios" o "Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos" para conocer el costo compartido. Una **colonoscopia de diagnóstico** se realiza para explicar los síntomas identificados por su doctor (por ejemplo, sangre en las heces, cambios en las deposiciones, deficiencia de hierro por anemia, dolor abdominal persistente, etc.), debido a que se ha sometido a una colonoscopia previa que dio lugar a la extirpación de pólipos u otras afecciones colorrectales relacionadas. Si su doctor indica una colonoscopia de diagnóstico, consulte "Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios" o "Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos" para conocer el costo compartido.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integrante del tratamiento específico de una afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecte a la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón.	Copago de $0 por procedimientos quirúrgicos cubiertos por Medicare realizados por un doctor o profesional en el consultorio de un proveedor. Copago de $35 por cada consulta cubierta por Medicare con un especialista. Copago de $350 por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio o un centro hospitalario para pacientes externos.	50% del costo total de los servicios dentales cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.
Servicios dentales no cubiertos por Medicare:* Los odontólogos de la red (participantes) son los que pertenecen a la red Medicare Advantage PPO y Medicare Advantage Premier de Delta Dental. Todos los demás odontólogos se consideran odontólogos fuera de la red (no participantes). Si el odontólogo que elige no es un odontólogo participante de Medicare Advantage de Delta Dental, seguirá estando cubierto, pero es posible que tenga que pagar más.	Copago de $0 por dos exámenes preventivos al año.* Copago de $0 por dos limpiezas (mantenimiento regular o periodontal) al año.* Copago de $0 por un conjunto (hasta 4 imágenes en una sola consulta) de rayos X de molares al año.* Copago de $0 por radiografías periapicales, según sea necesario.* Copago de $0 por una biopsia por cepillado al año.*	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Servicios dentales (continuación) **Servicios dentales no cubiertos por Medicare:* (continuación)** Puede buscar odontólogos participantes si llama al 800.330.2732 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 8:00 p. m., o buscar en línea en *deltadentalmi.com/Find-a-Dentist*. Al acceder al Directorio de odontólogos en línea de Delta Dental, debe seleccionar el enlace denominado Medicare Advantage PPO de Delta Dental y Medicare Advantage Premier de Delta Dental. Para obtener información adicional sobre sus beneficios dentales, visite *priorityhealth.com/vintage25* para ver su certificado de cobertura (certificate of coverage, COC). Para más información sobre la cobertura dental, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 (*Beneficios "complementarios opcionales" adicionales que puede adquirir* por una prima adicional).	Copago de $0 por radiografías (boca completa o radiografías panorámicas), una vez cada 24 meses.* No se aplica el deducible.	
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión al año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar derivaciones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere un copago para la consulta anual de detección de depresión.	50% del costo total de la consulta anual de detección de depresión. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden estar cubiertos si usted cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Usted puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de la diabetes más reciente.	No se requiere copago para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.	50% del costo total de las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y enfermedad de pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. • Para conocer otros equipos y suministros para la diabetes (por ejemplo, las bombas de insulina y los monitores de glucosa continuos [CGM]), consulte “Equipo médico duradero y suministros relacionados”.	Copago de $0 por los servicios de entrenamiento para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare. Copago de $0 por servicios y suministros para la diabetes. Las tiras reactivas para la diabetes se limitan a los productos de JJHCS y Bayer cuando las entrega una farmacia minorista o de pedido por correo. Copago de $0 por todas las demás tiras reactivas para la diabetes cuando se obtengan a través de un proveedor de DME.	50% del costo total de los suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare. 50% del costo total de las plantillas o los zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare. 50% del costo total de los servicios de entrenamiento para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, encontrará una definición de "equipo médico duradero"). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web *priorityhealth.com/vintage25.* También seguimos las normas de Medicare relacionadas con los criterios de cobertura de los artículos o suministros cubiertos por Medicare. Para algunos equipos, Medicare exige una cierta cantidad de uso para continuar con el alquiler (por ejemplo, CPAP, etc.). Si no cumple los requisitos de uso de Medicare, es posible que no pueda continuar con el alquiler de este dispositivo. Debe obtener el DME y los suministros relacionados de un proveedor de DME autorizado. Consulte la Sección 7.2 del Capítulo 3 para obtener más información sobre el equipo de oxígeno. ✓ *Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 57 para obtener más información.*	20% del costo total de los equipos y suministros cubiertos por Medicare. Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es el costo que paga por el equipo médico duradero, cada mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Se le seguirá cobrando un costo compartido por el oxígeno, pero no por el alquiler de la máquina. Si antes de inscribirse en **Priority**Medicare Vintage pagó 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en **Priority**Medicare Vintage es el costo que paga por su equipo médico duradero.	30% del costo total de los equipos y suministros cubiertos por Medicare. Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es el costo que paga por el equipo médico duradero, cada mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Se le seguirá cobrando un costo compartido por el oxígeno, pero no por el alquiler de la máquina. Si antes de inscribirse en **Priority**Medicare Vintage pagó 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en **Priority**Medicare Vintage es el costo que paga por su equipo médico duradero. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son prestados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una "emergencia médica" es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se prestan fuera de la red son iguales que para los mismos servicios que se prestan dentro de la red. Para obtener información sobre la observación, consulte "Observación hospitalaria para pacientes externos". Tiene cobertura de atención de emergencia en los Estados Unidos y en todo el mundo.	**Dentro y fuera del área de servicio** Copago de $120 para cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare. El costo compartido fuera de la red se aplicará al máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. El costo compartido de la sala de emergencias queda exento si lo ingresan en el hospital en el plazo de 24 horas por la misma afección. No se aplica el deducible.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Atención de emergencia (continuación) **Nota:** Si recibe medicamentos de autoadministración cubiertos por Medicare de la Parte D en un entorno de atención de emergencia, pueden estar cubiertos en su beneficio de medicamentos con receta de este plan. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener más información sobre qué ocurre cuando obtiene un medicamento de la Parte D en un entorno médico.		
Control de enfermedades mejorado La gestión del cuidado está disponible para proporcionar educación, coordinación de la atención y apoyo para todas las afecciones de salud, con un énfasis particular en la gestión de las afecciones crónicas. La gestión del cuidado se centra en ayudar a los miembros a maximizar los resultados de su salud y sus capacidades funcionales, así como a mejorar su calidad de vida.	Copago de $0 para servicios de control de enfermedades mejorado.	No está cubierto.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Programas educativos sobre salud y bienestar Se trata de programas centrados en afecciones de salud como hipertensión, colesterol, asma, EPOC, diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedades renales y las afecciones que requieren dietas especiales. También se ofrece apoyo para el estrés, la ansiedad y la depresión. Ofrecemos estos programas para enriquecer la salud y los estilos de vida de nuestros miembros. • Control de enfermedades mejorado • Educación de la salud* • Evaluación de seguridad en el hogar • Educación nutricional • Conciliación de medicamentos a domicilio después del alta • Televigilancia Para obtener más información, consulte el programa individual mencionado en esta Tabla de Beneficios Médicos.	Copago de $0 para estos servicios.	No está cubierto.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Educación de la salud* Educación de la salud incluye: • Acceso a Teladoc Health Mental Health para obtener apoyo emocional en línea en momentos difíciles. Inscríbase para obtener una cuenta que incluye actividades interactivas, herramientas de afrontamiento y otros recursos, como habilidades prácticas y apoyo comunitario inspirador en *priorityhealth.com/mentalhealth*. • ThinkHealth: su recurso en línea para obtener consejos sobre una vida sana, información sobre tendencias en atención médica y educación sobre seguros médicos, visite *thinkhealth.priorityhealth.com*. • Comunicaciones para ayudarle a entender los beneficios de su plan y obtener la atención que necesita. • Programas para ayudarle a prevenir o tratar sus afecciones. Acceso a un centro en línea personalizado con información y herramientas adaptadas a sus necesidades específicas de salud y bienestar físico, mental y económico. Puede alcanzar sus objetivos de salud con una experiencia divertida y atractiva que le ofrece recursos importantes al alcance de la mano.	Copago de $0 para estos servicios.*	No está cubierto.

<table>
<tr><th rowspan="2">Servicios cubiertos</th><th colspan="2">Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</th></tr>
<tr><th>Dentro de la red</th><th>Punto de servicio (POS)</th></tr>
<tr><td>Servicios auditivos
Servicios auditivos cubiertos por Medicare:

Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las hace un doctor, un audiólogo u otro proveedor calificado.</td><td>Copago de $0 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare con un proveedor de atención primaria.

Copago de $35 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare con un especialista.</td><td>50% del costo total de cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.

Se aplica el deducible.</td></tr>
<tr><td>Servicios auditivos de rutina no cubiertos por Medicare:*

Hasta dos audífonos del catálogo de TruHearing correspondiente cada año (límite de 1 audífono por oído). Para usar este beneficio, debe acudir a un proveedor de TruHearing. Llame al 1.833.714.5356 para concertar una cita (para TTY, marque 711).

La compra de audífonos incluye lo siguiente:

• Consultas de seguimiento al proveedor durante el primer año
• Período de prueba de 60 días
• Garantía extendida de 3 años
• 80 pilas por audífono para los modelos no recargables</td><td colspan="2"><u>Servicios cubiertos con un proveedor de TruHearing:</u>
Copago de $0 por un examen auditivo de rutina al año.*

Audífonos: usted paga lo siguiente:
$295 por audífono para audífonos Basic*

$695 por audífono para audífonos Standard*

$1,095 por audífono para audífonos Advanced*

$1,495 por audífono para audífonos Premium*

<u>Servicios con un proveedor que no es TruHearing</u>:
No está cubierto.</td></tr>
</table>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios auditivos (continuación) **Servicios auditivos de rutina no cubiertos por Medicare:* (continuación)** El beneficio no incluye ni cubre nada de lo siguiente: • Audífonos de venta libre (over-the-counter, OTC) • Moldes para orejas • Accesorios para audífonos • Consultas al proveedor adicionales • Pilas adicionales; pilas cuando se compra un audífono recargable • Audífonos que no figuran en el catálogo correspondiente • Costos relacionados con las reclamaciones de garantía por pérdida y daños Los costos relacionados con los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan. Para acceder a sus beneficios, debe comunicarse con un proveedor de TruHearing. Simplemente llame al 1.833.714.5356, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., lunes a viernes. Para obtener información adicional sobre sus beneficios de TruHearing, visite *priorityhealth.com/vintage25* para ver su certificado de cobertura (COC).		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Prueba de detección de la hepatitis C Medicare cubre una prueba de detección una sola vez si cumple una o varias de estas condiciones y si se la indica su doctor: • Está en alto riesgo por consumir o haber consumido drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si tiene un alto riesgo, Medicare cubre las pruebas de detección anuales.	No se requiere un copago para los miembros elegibles para las pruebas de detección preventivas de hepatitis C cubiertas por Medicare.	50% del costo total de las pruebas de detección preventivas de hepatitis C cubiertas por Medicare. Se aplica el deducible.
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que corren un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere un copago para los miembros elegibles para las pruebas de detección preventivas del VIH cubiertas por Medicare.	50% del costo total de las pruebas de detección preventivas del VIH cubiertas por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un doctor debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le preste estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se cubran en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipo y suministros médicos. **Nota:** Los suministros médicos indicados por un doctor, como DME, no están cubiertos por el beneficio de atención médica a domicilio. Consulte “Equipo médico duradero y suministros relacionados” para obtener más detalles. ✓ *Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 57 para obtener más información.*	Copago de $0 para servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.	Copago de $0 para servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Servicios de infusión a domicilio Los servicios de infusión a domicilio implican la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión a domicilio son el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, entre ellos, servicios de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación del paciente que no se cubran de otro modo según el beneficio de equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para la prestación del tratamiento de infusión a domicilio y el suministro de medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de tratamiento de infusión a domicilio. El beneficio incluye los suministros o servicios relacionados con los medicamentos de infusión a domicilio. Solo los medicamentos que figuran en el formulario con la designación “HI” están cubiertos por este beneficio de servicios de infusión a domicilio. Se aplicará el costo compartido en todos los demás medicamentos administrados a domicilio; consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”. ✓ *Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 57 para obtener más información.*	Copago de $0 por suministros, servicios y medicamentos para la infusión a domicilio cubiertos por Medicare.	Copago de $0 por suministros, servicios y medicamentos para la infusión a domicilio cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su doctor y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Usted puede recibir atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas certificados por Medicare en hospicios que se encuentren en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que son propios de la organización MA, controlados por ella o en los que tiene un interés financiero. El doctor del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Atención de alivio a corto plazo • Atención a domicilio Cuando es ingresado en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan. Si decide hacerlo, deberá continuar pagando las primas del plan. <u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios en el hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal.	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Medicare Original paga los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal, no **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS).	
	Copago de $0 para una consulta inicial para atención en un hospicio cubierta por Medicare.	50% del costo total de una consulta inicial para atención en un hospicio cubierta por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Atención en un hospicio (continuación) Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original cubra. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original. <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal:</u> si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y cumple con las normas del plan (tal como en el caso que se requiera obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, y cumple con las normas del plan para obtener dichos servicios, solo pagará la cantidad del costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Medicare Original). <u>Para los servicios que están cubiertos por PriorityMedicare Vintage (HMO-POS), pero no por la Parte A o B de Medicare:</u> PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) seguirá cubriendo los servicios del plan que no estén cubiertos en la Parte A ni la Parte B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga la cantidad del costo compartido de su plan por estos servicios.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Atención en un hospicio (continuación) Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de enfermo terminal en un hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de enfermo terminal en un hospicio, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?)*. **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de atención en un hospicio para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.		
Vacunas Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare son los siguientes: • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.	No se requiere copago para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.	50% del costo total de las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19. No se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Vacunas (continuación) • Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si las vacunas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información. Las vacunas cubiertas por nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D deben obtenerse, si es posible, en una farmacia de la red de vacunas, que están indicadas con una “v” en el Directorio de Proveedores/Farmacias. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios para los Miembros para obtener más información. Cuando una vacuna cubierta por Medicare de la Parte D se recibe en el consultorio de un proveedor o en un entorno para pacientes externos, usted le pagará el costo de la vacuna y la administración al proveedor. Le reembolsaremos los gastos según lo descrito en la Sección 8 del Capítulo 6. Algunos ejemplos de vacunas de rutina cubiertas por nuestro beneficio de la Parte D son la vacuna contra el herpes zóster (Zoster/Shingrix) y el tétano (Td/Tdap).		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Evaluación de seguridad en el hogar Un proveedor de atención médica realizará una evaluación de seguridad en el hogar si no califica para uno de los beneficios de atención médica a domicilio de Medicare Original. La evaluación se centrará tanto en los riesgos médicos y conductuales, por ejemplo, su riesgo de caídas o lesiones y cómo prevenirlas, como en identificar o modificar los riesgos domésticos en toda la vivienda.	Copago de $0 para servicios de evaluación de seguridad en el hogar.	No está cubierto.
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del doctor. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. No hay un límite en la cantidad de días cubiertos por el plan. El costo compartido de su hospitalización se aplicará cada vez que sea ingresado. Esto incluye el traslado de un centro a otro o dentro del mismo centro entre los niveles de atención.	Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare usted paga: Copago de $320 por día, días 1-7. $0 por días adicionales de hospitalización.	Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare usted paga: 50% del costo total por hospitalización. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados • En determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinos y múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del esquema de atención en la comunidad, usted puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) presta servicios de trasplante en un lugar fuera del esquema de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige hacerse el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. Cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos (al igual que otros componentes de la sangre). La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Servicios de doctores. **Nota:** Para ser un paciente internado, su proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen formalmente como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o externo, consulte con el personal del hospital.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *Medicare Hospital Benefits* (Beneficios hospitalarios de Medicare). Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en *https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf* o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. ✓ *Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 57 para obtener más información.*		
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Si tiene preguntas, llame a nuestro departamento de Salud conductual al 800.673.8043. ✓ *Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 57 para obtener más información.*	Para hospitalizaciones para atención de salud mental para pacientes internados cubiertas por Medicare usted paga: Copago de $275 por día, días 1-6. $0 por días adicionales de hospitalización.	Para hospitalizaciones para atención de salud mental para pacientes internados cubiertas por Medicare usted paga: 50% del costo total por hospitalización. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para pacientes internados o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de doctores. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido adyacente), o una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funcione bien o que haya dejado de funcionar permanentemente, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos.	Copago de $0 para los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un centro para pacientes internados. Copago de $0 para prótesis y suministros cubiertos por Medicare proporcionados por un centro para pacientes internados o un proveedor para pacientes externos cuando se implanten como parte de una cirugía. 20% del costo total de todas las demás prótesis, suministros y DME cubiertos por Medicare y proporcionados por un proveedor para pacientes externos.	50% del costo total de los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un centro para pacientes internados. 30% del costo total de las prótesis y suministros cubiertos por Medicare proporcionados por un centro para pacientes internados, y prótesis, suministros y DME cubiertos por Medicare y proporcionados por un proveedor para pacientes externos. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación) • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. ✓ *Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 57 para obtener más información*.		
Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo indica su doctor. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con una orden de un doctor. El doctor debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar con el tratamiento el siguiente año calendario.	No se requiere copago para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.	50% del costo total para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) se cubrirán para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambios en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere un copago para el beneficio del MDPP.	50% del costo total del beneficio del MDPP. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe servicios de un doctor, un hospital para pacientes externos o un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada mediante un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administra con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi®, (cuyo nombre genérico es lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite someterse a exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento, que podrían aumentar sus costos totales. Hable con su doctor sobre las exploraciones y pruebas que podría necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia.	En el caso de determinados medicamentos de la Parte B, es posible que primero tenga que probar otro medicamento. **Quimioterapia/radiación de la Parte B** Hasta un 20% del costo total de cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. **Medicamentos de la Parte B obtenidos en el consultorio de un proveedor o en un entorno para pacientes externos** Hasta un 20% del costo total de cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. **Medicamentos de la Parte B obtenidos en una farmacia/por pedido por correo** Hasta un 20% del costo total de cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. Puede haber un cargo por la administración de medicamentos de la Parte B.	En el caso de determinados medicamentos de la Parte B, es posible que primero tenga que probar otro medicamento. Se aplica el deducible: **Quimioterapia/radiación de la Parte B** Hasta un 20% del costo total de cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. **Medicamentos de la Parte B obtenidos en el consultorio de un proveedor o en un entorno para pacientes externos** Hasta un 20% del costo total de cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. **Medicamentos de la Parte B obtenidos en una farmacia/por pedido por correo** Hasta un 20% del costo total de cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. Puede haber un cargo por la administración de medicamentos de la Parte B. No se aplica el deducible:

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para el trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto, y debe tener la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura para medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el doctor confirme que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un doctor los prepara y una persona correctamente capacitada (que puede ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en formato inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que aparezcan nuevos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, la Parte D lo hace.	La insulina administrada con un artículo de equipo médico duradero (como bombas de insulina o monitores de glucosa continuos [CGM]) tendrá un límite de $35. Usted pagará el 20% y nunca pagará más de $35 por un suministro para un mes.	La insulina administrada con un artículo de equipo médico duradero (como bombas de insulina o monitores de glucosa continuos [CGM]) tendrá un límite de $35. Usted pagará el 20% y nunca pagará más de $35 por un suministro para un mes.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que utilice como parte de un tratamiento de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia o si se utilizan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso para las náuseas. • Algunos medicamentos orales para el tratamiento de la enfermedad renal terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en formato inyectable y si el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre. • Medicamentos calcimiméticos en virtud del sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv®, y el medicamento oral Sensipar®. • Determinados medicamentos para diálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos. • Agentes estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece enfermedad renal terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con algunas otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta).		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y por sonda). Mediante el siguiente enlace accederá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: *priorityhealth.com/DrugInfo*. Haga clic en Criterios de autorización previa de la Parte B de Medicare. También cubrimos algunas vacunas en virtud de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud del beneficio para medicamentos con receta de la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6. ✓ *Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 57 para obtener más información*.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Educación nutricional La educación nutricional general incluye clases o sesiones de asesoramiento individuales y grupales. Pueden realizarse a domicilio o en un entorno ambulatorio y están a cargo de un dietista matriculado. Las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) o que se han sometido a un trasplante de riñón deben consultar "Terapia médica nutricional".	Copago de $0 para estos servicios.	No está cubierto.
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento se cubre si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o doctor de atención primaria.	No se requiere copago para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.	50% del costo total de los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con un trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura para servicios de tratamiento del OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos para el tratamiento asistido con medicamentos (Medically-Assisted Treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el trastorno por consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas Consulte "**Atención virtual**" en esta Tabla de Beneficios Médicos para obtener información sobre qué servicios virtuales de tratamiento de opioides están cubiertos.	Copago de $20 para los servicios de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare.	50% del costo total de los servicios de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los suministros y materiales de los técnicos. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. Cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos (al igual que otros componentes de la sangre). La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos (por ejemplo; pruebas de alergias, pruebas genéticas, estudios del sueño). • Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computada). ✓ *Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 57 para obtener más información.*	**Radiografías y ecografías para pacientes externos** Copago de $35 por día, por proveedor, por todos los demás servicios de radiografía y ecografía cubiertos por Medicare. **Servicios de radiología terapéutica** Copago de $25, por proveedor, por los servicios cubiertos por Medicare (como la radioterapia para el tratamiento del cáncer). **Servicios de radiología de diagnóstico** Copago de $180 por día, por proveedor, por los servicios cubiertos por Medicare (por ejemplo, resonancias magnéticas y tomografías computadas). **Suministros médicos** 20% del costo total de los suministros, entablillados y otros dispositivos cubiertos por Medicare.	**Radiografías y ecografías para pacientes externos** 50% del costo total por día, por proveedor, de todos los demás servicios de radiografía y ecografía cubiertos por Medicare. **Servicios de radiología terapéutica** 50% del costo total por día, por proveedor, de los servicios cubiertos por Medicare (como la radioterapia para el tratamiento del cáncer). **Servicios de radiología de diagnóstico** 50% del costo total por día, por proveedor, de los servicios cubiertos por Medicare (por ejemplo, resonancias magnéticas y tomografías computadas). **Suministros médicos** 30% del costo total de los suministros, entablillados y otros dispositivos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)	**Servicios de laboratorio** Copago de $5 por día, por proveedor, por los servicios de análisis de laboratorio cubiertos por Medicare. Copago de $0 por día, por proveedor, por los servicios de análisis de anticoagulantes cubiertos por Medicare. **Patología** Copago de $5 por día, por proveedor, por los servicios de patología cubiertos por Medicare. **Servicios hematológicos** Copago de $0 para sangre. **Pruebas y procedimientos de diagnóstico** Copago de $5 para los servicios cubiertos por Medicare.	**Servicios de laboratorio** 50% del costo total por día, por proveedor, de los servicios cubiertos por Medicare. Copago de $0 por día, por proveedor, por los servicios de análisis de anticoagulantes cubiertos por Medicare. **Patología** 50% del costo total por día, por proveedor, por los servicios de patología cubiertos por Medicare. **Servicios hematológicos** Copago de $0 para sangre. **Pruebas y procedimientos de diagnóstico** 50% del costo total de los servicios cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando se prestan a partir de la orden de un doctor o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos para el personal del hospital para ingresar a pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *Medicare Hospital Benefits* (Beneficios hospitalarios de Medicare). Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en *https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf* o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Copago de $120 por hospitalización para los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos cubiertos por Medicare, incluidos todos los servicios recibidos.	Copago de $120 para los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos cubiertos por Medicare, incluidos todos los servicios recibidos. No se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Observación hospitalaria para pacientes externos (continuación) **Nota:** Si recibe medicamentos de autoadministración cubiertos por Medicare de la Parte D en un entorno para pacientes externos, pueden estar cubiertos en su beneficio de medicamentos con receta de este plan. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener más información sobre qué ocurre cuando obtiene un medicamento de la Parte D en un entorno médico.		
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un doctor certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.	$350 por cada consulta en un centro hospitalario para pacientes externos cubierta por Medicare. Puede recibir otros servicios mientras esté en un centro hospitalario para pacientes externos. El costo compartido para esos servicios se puede encontrar en esta Tabla de Beneficios Médicos.	50% por cada consulta en un centro hospitalario para pacientes externos cubierta por Medicare. Puede recibir otros servicios mientras esté en un centro hospitalario para pacientes externos. El costo compartido para esos servicios se puede encontrar en esta Tabla de Beneficios Médicos. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. • Servicios de cuidados de heridas. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Para obtener información sobre los servicios proporcionados en una clínica de salud rural, consulte “Clínica de salud rural” en esta Tabla de Beneficios Médicos. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *Medicare Hospital Benefits* (Beneficios hospitalarios de Medicare). Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en *https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf* o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) **Nota:** Si recibe medicamentos de autoadministración cubiertos por Medicare de la Parte D en un entorno para pacientes externos, pueden estar cubiertos en su beneficio de medicamentos con receta de este plan. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener más información sobre qué ocurre cuando obtiene un medicamento de la Parte D en un entorno médico. ✓ *Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 57 para obtener más información.*		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o doctor autorizado por el Estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional matriculado (licensed professional counselor, LPC), terapeuta de matrimonio y familia matriculado (licensed marriage and family therapist, LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. **Nota:** Si recibe medicamentos de autoadministración cubiertos por Medicare de la Parte D en un entorno para pacientes externos, pueden estar cubiertos en su beneficio de medicamentos con receta de este plan. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener más información sobre qué ocurre cuando obtiene un medicamento de la Parte D en un entorno médico. Consulte "**Atención virtual**" en esta Tabla de Beneficios Médicos para obtener información sobre qué servicios están cubiertos.	Copago de $20 para cada consulta de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare. Copago de $20 para cada consulta de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare. Copago de $20 para cada consulta de terapia individual con un profesional de atención de salud mental (que no sea un psiquiatra) cubierta por Medicare. Copago de $20 para cada consulta de terapia grupal con un profesional de atención de salud mental (que no sea un psiquiatra) cubierta por Medicare.	50% del costo total de cada consulta de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare. 50% del costo total de cada consulta de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare. 50% del costo total de cada consulta de terapia individual con un profesional de atención de salud mental (que no sea un psiquiatra) cubierta por Medicare. 50% del costo total de cada consulta de terapia grupal con un profesional de atención de salud mental (que no sea un psiquiatra) cubierta por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se prestan en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).	Copago de $25 para cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Copago de $25 para cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.	50% del costo total de cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. 50% del costo total de cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare. Se aplica el deducible.
Servicios por trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos Los servicios médicamente necesarios para tratar el abuso de alcohol o drogas están cubiertos cuando se proporcionan en un entorno para pacientes externos (es decir, el consultorio de un proveedor, una clínica o un departamento hospitalario para pacientes externos). **Nota:** Si recibe medicamentos de autoadministración cubiertos por Medicare de la Parte D en un entorno para pacientes externos, pueden estar cubiertos en su beneficio de medicamentos con receta de este plan. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener más información sobre qué ocurre cuando obtiene un medicamento de la Parte D en un entorno médico.	Copago de $20 para cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. Copago de $20 para cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.	50% del costo total de cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. 50% del costo total de cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Cirugía para pacientes externos *incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios* Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si lo considerarán un paciente internado o externo. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido por cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. **Nota:** Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si lo considerarán un paciente internado o externo. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido por cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. ✓ *Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 57 para obtener más información.*	Para servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, usted paga un copago de $350. Para servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos, usted paga un copago de $350.	Para servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, usted paga el 50% del costo total. Para servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos, usted paga el 50% del costo total. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del doctor, terapeuta, terapeuta de matrimonio y familia matriculado (LMFT) o consejero profesional matriculado y es una alternativa a la hospitalización. El servicio *intensivo ambulatorio* es un programa estructurado de tratamiento activo de la salud conductual (mental) suministrado en el departamento para pacientes externos de un hospital, en un centro comunitario de salud mental, un centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del doctor, terapeuta, terapeuta de matrimonio y familia matriculado (LMFT) o consejero profesional matriculado, pero menos intenso que la hospitalización parcial. Si tiene preguntas, llame a nuestro departamento de Salud conductual al 800.673.8043. ✓ *Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 57 para obtener más información.*	Copago de $55 por día por servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos cubiertos por Medicare.	40% del costo total por día por servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas al consultorio del doctor Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y del equilibrio realizados por su PCP o especialista, si el doctor así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Si tiene una enfermedad a largo plazo y desea hablar con un doctor sobre cómo aliviar los síntomas y el estrés físico y mental, visite a un doctor de cuidados paliativos. • Segunda opinión antes de la cirugía. Consulte "**Atención virtual**" en esta Tabla de Beneficios Médicos para obtener información sobre qué consultas virtuales al doctor o profesional están cubiertas. **Nota:** Para determinar si su proveedor es un PCP o un especialista, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3. ✓ *Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 57 para obtener más información.*	Copago de $0 para cada consulta de atención primaria cubierta por Medicare. Copago de $0 por cada consulta al consultorio de un doctor de cuidados paliativos. Copago de $0 por procedimientos quirúrgicos realizados por un doctor o profesional en el consultorio de un proveedor. Copago de $35 por cada consulta al consultorio de especialidad cubierta por Medicare. Copago de $50 por cada consulta cubierta por Medicare de urgencia en el consultorio de un doctor fuera del horario de atención.	Se aplica el deducible: 50% del costo total de cada consulta de atención primaria cubierta por Medicare. 50% del costo total de cada consulta al consultorio de un doctor de cuidados paliativos. 50% del costo total de los procedimientos quirúrgicos realizados por un doctor o profesional en el consultorio de un proveedor. 50% del costo total de cada consulta al consultorio de especialidad cubierta por Medicare. No se aplica el deducible: $50 para cada consulta cubierta por Medicare de urgencia en el consultorio de un doctor fuera del horario de atención.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de rutina de los pies (límite de 6 consultas para desbridamiento de uñas y 6 consultas para eliminación de callos por año del plan) para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.	Copago de $35 para cada consulta cubierta por Medicare. Copago de $0 para las consultas de desbridamiento de uñas o eliminación de callos, para los miembros con afecciones específicas que afectan las extremidades inferiores.	50% del costo total de cada consulta cubierta por Medicare. 50% del costo total de las consultas de desbridamiento de uñas o eliminación de callos, para los miembros afecciones médicas específicas que afectan las extremidades inferiores. Se aplica el deducible.
Conciliación de medicamentos a domicilio después del alta Inmediatamente después de una hospitalización médica o conductual o de una hospitalización en un SNF, un proveedor de atención médica calificado, en colaboración con su doctor, revisará o conciliará un régimen de medicación completo. Se asegurarán de que se obtengan nuevos medicamentos y se desechen los que se hayan dejado de tomar. La conciliación de medicamentos puede realizarse en el hogar con el objetivo de eliminar los efectos secundarios y las interacciones que podrían provocar enfermedades o lesiones.	Copago de $0 para servicios de conciliación de medicamentos a domicilio después del alta.	No está cubierto.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes (una vez cada 12 meses): • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA). Se le realiza una prueba de PSA si no tiene signos ni síntomas (asintomático) de cáncer de próstata o afecciones relacionadas con la próstata. Si ha tenido anteriormente un PSA elevado, o está recibiendo tratamiento para afecciones que pueden derivar en cáncer de próstata, entre las que se incluyen la prostatitis (inflamación de la próstata) o la hiperplasia prostática benigna (agrandamiento de la próstata), o ha padecido cáncer de próstata, su prueba de PSA se puede considerar un diagnóstico. Consulte “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos”.	No se requiere un copago para la prueba de PSA anual. Copago de $0 para un tacto rectal anual cubierto por Medicare.	50% del costo total de la prueba de PSA anual. 50% del costo total del tacto rectal anual cubierto por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, las pruebas, la adaptación o el entrenamiento en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como también las bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas; para obtener más detalles, consulte Atención de la vista más adelante en esta sección. ✓ *Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 57 para obtener más información.*	Copago de $0 por dispositivos implantados como parte de una cirugía en un centro quirúrgico ambulatorio o centro hospitalario para pacientes externos. 20% del costo total de todos los demás suministros y prótesis cubiertos por Medicare.	30% del costo total de las prótesis y suministros cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y tienen una orden para la rehabilitación pulmonar del doctor que atiende la enfermedad respiratoria crónica.	Copago de $15 para cada consulta cubierta por Medicare para servicios de rehabilitación pulmonar.	50% del costo total de cada consulta cubierta por Medicare para servicios de rehabilitación pulmonar. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Clínica de salud rural Las clínicas de salud rurales se encuentran en áreas no urbanizadas. Estas clínicas ofrecen atención primaria para pacientes externos y servicios de salud preventivos a las personas que se encuentran en áreas con escasez o falta de servicios médicos. Los siguientes análisis de laboratorio se proporcionan en clínicas de salud rurales; consulte *"Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos"* para conocer el costo compartido, en esta Tabla de Beneficios Médicos: • Examen químico de orina con tira reactiva o comprimido, o ambos • Hemoglobina o hematocrito • Azúcar en sangre • Examen de muestras de heces con sangre oculta • Pruebas de embarazo • Cultivo primario para enviar a un laboratorio certificado	Copago de $0 por cada consulta en una clínica de salud rural.	50% del costo total por cada consulta en una clínica de salud rural. Se aplica el deducible.
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales al año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindadas por un doctor o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere copago para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.	50% del costo total del beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos**: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 años/paquete y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años, y recibir una orden de parte de un doctor o un profesional no doctor calificado para realizarse una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas, que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección con LDCT inicial*: los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede proporcionar un doctor o profesional no doctor calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un doctor o profesional no doctor calificado elige realizar una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	No se requiere copago para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare ni para la LDCT.	50% del costo total de la consulta cubierta por Medicare de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas o para la LDCT. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección se cubren para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de tener ETS cuando un proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos al año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de sufrir infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en el consultorio de un doctor.	No se requiere copago para los beneficios de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.	50% del costo total del beneficio de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubierto por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su doctor, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible o no sea posible comunicarse con él temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Capacitación para autodiálisis (incluye su capacitación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.	Copago de $0 para servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare. 20% del costo total de cada servicio de diálisis renal cubierto por Medicare con un proveedor de la red o cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan.	50% del costo total de los servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare. 50% del costo total de cada servicio de diálisis renal cubierto por Medicare con un proveedor fuera de la red o cuando se encuentra en el área de servicio del plan. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de "centro de enfermería especializada. En ocasiones, los centros de enfermería especializada suelen denominarse SNF). Cubierto hasta 100 días por período de beneficio (según la necesidad médica y de rehabilitación determinada antes del ingreso y de forma continua)+. El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un centro de enfermería especializada. El período de beneficio comienza el día en que ingresa por 60 días consecutivos sin recibir atención de enfermería especializada. Si ingresa en un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios que puede tener. **No se requiere una hospitalización previa.** Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre).	No se requiere hospitalización previa al ingreso. Para las hospitalizaciones en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga: Copago de $0 por día, días 1-20. Copago de $203 por día, días 21-100.	No se requiere hospitalización previa al ingreso. Para las hospitalizaciones en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga: 50% del costo total por hospitalización. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. Cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos (al igual que otros componentes de la sangre). La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los SNF. • Análisis de laboratorio que suelen hacerse en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que suelen hacerse en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los SNF. • Servicios de doctores o profesionales. Generalmente, los servicios en un SNF los obtendrá en centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, usted podrá pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red, si dicho centro acepta las cantidades de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que preste servicios de un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) †El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un centro de enfermería especializada. El período de beneficio comienza el día en que ingresa por 60 días consecutivos sin recibir atención de enfermería especializada. Si ingresa en un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios que puede tener. ✓ *Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 57 para obtener más información.*		
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo en un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas en persona. Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que pueda resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo en un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas en persona.	No se requiere copago para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.	50% del costo total de los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un doctor. • Ser proporcionado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un doctor, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	Copago de $15 para cada consulta de SET cubierta por Medicare.	50% del costo total de cada consulta de SET cubierta por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Servicios de televigilancia Servicios de televigilancia u otros servicios de supervisión remotos para la insuficiencia cardiaca, diabetes no controlada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), afecciones cardiovasculares e hipertensión. Incluye equipos especialmente adaptados, telecomunicaciones y tecnología para controlar las afecciones de salud a distancia.	Copago de $0 para servicios de televigilancia.	No está cubierto.
Transporte* Cubrimos hasta 30 viajes sencillos por año calendario para llevarlo ida y vuelta a lugares relacionados con la salud, como proveedores de la red y farmacias, cuando los proporciona nuestro proveedor de transporte designado. Cada viaje sencillo se limita a 100 millas. Los viajes pueden realizarse en taxi, servicios de uso compartido de vehículo, camionetas y transporte médico, según lo determine nuestro socio de transporte. Para programar un viaje o averiguar cuántos viajes le quedan para el año (saldo de viajes), llame al 1.855.932.5418 (TTY 711), de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a sábado. Los viajes se deben programar al menos 48 horas antes de su hora de recogida. Los viajes programados con menos de 48 horas de anticipación estarán sujetos a disponibilidad.	Copago de $0 por hasta 30 viajes sencillos que no sean de emergencia, hasta 100 millas como máximo por un viaje sencillo, hacia y desde lugares relacionados con la salud al año.* No se aplica el deducible.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Transporte* (continuación) *Debe cancelar los viajes al menos 3 horas antes de la hora de recogida prevista. De lo contrario, el viaje se deducirá de su saldo de viajes anual.* Los miembros pueden coordinar su propio viaje con un conductor de su elección (familiar, amigo, vecino, etc.) y utilizar el reembolso por millaje. Puede solicitar un reembolso por millaje de dos maneras: 1. Enviar por correo postal un formulario en papel, que se encuentra en *priorityhealth.com/member/forms* dentro de los 90 días después del viaje. 2. Presentar un formulario digital a través de su cuenta de miembro iniciando sesión en *member.priorityhealth.com.*		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable obtener tal servicio por parte de los proveedores de la red con quienes el plan tiene contrato teniendo en cuenta el momento, el lugar y las circunstancias, incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y cobrarle únicamente los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina a los proveedores médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran servicios de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente. Tiene cobertura para los servicios de urgencia en los Estados Unidos y todo el mundo. **Nota:** Si recibe medicamentos de autoadministración cubiertos por Medicare de la Parte D en un entorno para pacientes externos, pueden estar cubiertos en su beneficio de medicamentos con receta de este plan. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener más información sobre qué ocurre cuando obtiene un medicamento de la Parte D en un entorno médico.	**Dentro y fuera del área de servicio** Copago de $50 para cada consulta cubierta por Medicare. El costo compartido fuera de la red se aplicará al máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. El costo compartido de los servicios de urgencia queda exento si lo ingresan en el hospital en el plazo de 24 horas por la misma afección. No se aplica el deducible.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Atención virtual *(también conocida como servicios de telesalud, controles virtuales o consultas electrónicas)* Los miembros tienen la opción de recibir servicios de atención médica en lugares como su domicilio de los siguientes proveedores: • Proveedores de atención primaria (PCP) • Especialistas • Proveedores de salud conductual Los servicios de telesalud cubiertos incluyen consultas virtuales, evaluaciones, comunicación por teléfono o video (computadora, teléfono inteligente, tableta, portal para pacientes en línea). Pregunte a uno de nuestros proveedores de la red si puede realizar consultas virtuales. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral, sin importar su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación.	Copago de $0 para consultas virtuales.	No está cubierto.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)

Atención virtual (continuación)
• Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si:
  • Tiene una consulta en persona durante los 6 meses previos a su primera consulta de telesalud.
  • Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.
  • Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente bajo determinadas circunstancias.
• Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por las Clínicas de salud rurales y los Centros de salud federalmente calificados.
• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su doctor **en los siguientes casos**:
  • Usted no es un paciente nuevo **y**
  • El control no está relacionado con una consulta al consultorio de los últimos 7 días **y**
  • El control no da lugar a una consulta al consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana
• Evaluación de videos o imágenes que usted envíe a su doctor, incluida la interpretación y el seguimiento del doctor dentro de las 24 horas **en los siguientes casos**:
  • Usted no es un paciente nuevo **y**
  • La evaluación no está relacionada con una consulta al consultorio de los últimos 7 días **y**		

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Atención virtual (continuación) • La evaluación no da lugar a una consulta al consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana. • Consultas que su doctor tenga con otros doctores por teléfono, Internet o registro de salud electrónico.		
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de doctores para pacientes externos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma son: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética al año. Si su consulta implica otros servicios, no se le cobrará la consulta al consultorio.	**Atención de la vista cubierta por Medicare:** Copago de $0 por las pruebas anuales de glaucoma. Copago de $0 por anteojos y lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. Copago de $0 por la prueba anual de detección de retinopatía diabética. Copago de $35 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades o afecciones de los ojos.	**Atención de la vista cubierta por Medicare** 50% del costo total de cada examen de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. 50% del costo total de una prueba anual de glaucoma. 50% del costo total de un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Atención de la vista (continuación) • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). • Si los lentes correctivos/monturas (y los reemplazos) se necesitan después de una extracción de cataratas sin un implante de lentes, cubriremos un par de anteojos o lentes de contacto. **Atención de la vista de rutina no cubierta por Medicare:*** Tiene acceso a estos beneficios anualmente, puede elegir usar un proveedor EyeMed "Select" de la red O un proveedor que no es de la red EyeMed "Select" y solicitar un reembolso. Llame al 844.366.5127 para localizar un proveedor, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. o visite *eyemed.com* y seleccione "Find an eye doctor" (Buscar un oftalmólogo) y luego elija la red "Select" para buscar un proveedor de la red. Las consultas de rutina facturadas con un diagnóstico están sujetas a los costos compartidos de exámenes de la vista cubiertos por Medicare indicados anteriormente.	**Servicios cubiertos con un proveedor de EyeMed "Select":** Copago de $0 por un examen de la vista de rutina no cubierto por Medicare, incluida la dilatación y refracción según sea necesario.* Copago de $0 por un diagnóstico por imágenes de la retina no cubierto por Medicare.* $100 de bonificación para anteojos y lentes de contacto no cubiertos por Medicare.* No se aplica el deducible. **Servicios con un proveedor que no es EyeMed "Select":** Hasta $50 por un reembolso de la vista de rutina no cubierto por Medicare, incluida la dilatación y refracción según sea necesario.* Hasta $20 de reembolso para un diagnóstico por imágenes de la retina cubierto por Medicare.* Hasta $100 de reembolso para anteojos y lentes de contacto no cubiertos por Medicare.* No se aplica el deducible.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Atención de la vista (continuación) **Atención de la vista de rutina no cubierta por Medicare:* (continuación)** Para obtener información adicional sobre sus beneficios de EyeMed, visite *priorityhealth.com/vintage25* para ver su certificado de cobertura (COC). Para más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 (*Beneficios complementarios opcionales que puede adquirir*).		
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva única *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y derivaciones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al personal del consultorio de su doctor que le gustaría programar su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.	No se requiere copago para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.	50% del costo total de la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Programa de asistencia al viajero en todo el mundo* Assist America le ofrece servicios de asistencia al viajero para emergencias médicas y no médicas durante sus viajes internacionales o nacionales, mientras se encuentre a 100 millas de su domicilio durante menos de 90 días consecutivos. Los servicios están disponibles las 24 horas al día, los 7 días a la semana, todo el año. • El Centro de operaciones de Assist America cuenta con personal de asistencia formado y plurilingüe que puede ofrecer recomendaciones inmediatas para cualquier situación de emergencia. • Se proporcionan servicios de evacuación o transporte de emergencia al centro más cercano que pueda brindarle la atención adecuada, si no se dispone de atención a nivel local. • Assist America organizará y pagará la estancia de un ser querido para que acompañe al miembro si este último viajó solo y se prevé que estará hospitalizado durante más de siete días. • Cuando se pierde o se olvida una receta, Assist America trabaja con el doctor que receta y con una farmacia local para reemplazar el medicamento del miembro. • En caso de que un miembro fallezca durante un viaje, Assist America organizará y pagará los documentos necesarios, la preparación de los restos mortales y el transporte para llevarlos a una funeraria cercana al lugar de residencia del miembro.	Copago de $0 por servicios prestados a través de Assist America.* Seguirá pagando los beneficios cubiertos por Priority Health Medicare, como la atención de urgencia o emergencia o los medicamentos con receta. No se aplica el deducible.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Programa de asistencia al viajero en todo el mundo* (continuación) Comuníquese con Assist America: dentro de los EE. UU. llamando al 1.800.872.1414, fuera de los EE. UU. llamando al +1.609.986.1234, o descargando la aplicación para viajes gratuita Assist America. El número de referencia de Assist America para los miembros de Priority Health Medicare es 01-AA-PHP-12123M. **Nota:** Assist America no efectúa reembolsos por servicios de transporte no organizados por ellos. No se aceptarán reclamaciones de reembolso.		

Sección 2.2 Beneficios complementarios opcionales adicionales que puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no son cubiertos por Medicare Original y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Estos beneficios adicionales se denominan **Beneficios complementarios opcionales**. Si desea acceder a estos beneficios complementarios opcionales, debe registrarse y es posible que deba pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios complementarios opcionales que se describen en esta sección están sujetos a los mismos procesos de apelaciones que cualquier otro beneficio. **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) ofrece beneficios dentales y de la vista complementarios opcionales denominados Paquete dental y de la vista mejorado opcional.

A continuación se enumeran los beneficios incluidos en el paquete de Beneficios Complementarios Opcionales. Para acceder al certificado de cobertura (COC) dental y de la vista, visite *priorityhealth.com/vintage25* o póngase en contacto con Servicios para los Miembros para solicitar una copia impresa.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Servicios dentales* Los odontólogos de la red (participantes) son los que pertenecen a la red Medicare Advantage PPO y Medicare Advantage Premier de Delta Dental. Todos los demás odontólogos se consideran odontólogos fuera de la red (no participantes). Si el odontólogo que elige no es un odontólogo participante de Medicare Advantage de Delta Dental, seguirá estando cubierto, pero es posible que tenga que pagar más. Puede buscar odontólogos participantes si llama al 800.330.2732 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 8:00 p. m., o buscar en línea en *deltadentalmi.com/Find-a-Dentist*. Al acceder al Directorio de odontólogos en línea de Delta Dental, debe seleccionar el enlace denominado Medicare Advantage PPO de Delta Dental y Medicare Advantage Premier de Delta Dental.	Copago de $0 por un tratamiento de fluoruro al año.* Máximo anual de $2,500 al año para usar en lo siguiente: Copago de $0 por empastes (incluidas la resina compuesta y la amalgama), una por diente, cada 24 meses. Copago de $0 por reparaciones de coronas, una vez por diente, cada 12 meses. Copago de $0 por tratamiento de emergencia para el dolor dental sin límite y anestesia cuando se utiliza junto con los servicios dentales que califican.* 50% del costo total de las restauraciones, coronas y subestructuras relacionadas, una vez por diente, de por vida.* 50% del costo total de endodoncia (tratamientos de conducto), una vez por diente, de por vida.* 50% del costo total de las extracciones quirúrgicas y simples, una vez por diente, de por vida.* 50% del costo total de implantes y reparaciones de implantes, por diente, cada 5 años.* 50% del costo total de las dentaduras postizas, una vez cada 60 meses; rebasados y reparaciones de dentaduras postizas; y reparaciones de puentes, una vez cada 36 meses.*	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	**Punto de servicio (POS)**
Servicios de la vista* A los servicios de la vista de la red los debe prestar un proveedor de EyeMed® "Select". Si le presta servicios un proveedor que no es de EyeMed "Select" (fuera de la red), debe solicitar un reembolso. No se pueden combinar los beneficios dentro y fuera de la red. La bonificación para anteojos y lentes de contacto puede usar para: monturas, lentes, opciones de lentes, lentes de contacto convencionales o desechables. No se pueden combinar con promociones de la tienda.	$150 adicionales de bonificación/reembolso al año para anteojos y lentes de contacto.*	

¿Cuánto voy a pagar?
La cantidad de la prima para el Paquete dental y de la vista mejorado en 2025 será:

$49/mes

¿Cómo me inscribo?
Si no eligió agregar el Paquete dental y de la vista mejorado en el formulario de inscripción cuando se inscribió en **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS), deberá completar un formulario distinto de inscripción para atención dental y de la vista mejorada. Puede inscribirse llamando al 877.333.3013, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711), o ir a Internet y descargar el formulario de inscripción o inscribirse en línea en *priorityhealth.com/enrolldv.* Si desea solicitar un paquete informativo que incluya el formulario de inscripción y el resumen de beneficios del Paquete dental y de la vista mejorado, llame al 888.389.6648, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Cuándo me puedo inscribir?
El Paquete dental y de la vista mejorado se ofrece a todos los beneficiarios de Medicare que se inscriban en el plan **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) en el momento de la inscripción o hasta dos meses después de la fecha de entrada en vigencia de su plan **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS). Por ejemplo, si la fecha de entrada en vigencia de su plan **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) es el 1 de enero, puede inscribirse en el Paquete dental y de la vista mejorado hasta finales de febrero. Su fecha de entrada en vigencia es el primer día del mes siguiente a la recepción de su formulario de inscripción completo y firmado. Una vez inscrito en el Paquete dental y de la vista mejorado, permanece inscrito de forma continua en este plan.

¿Cómo y cuándo pago?

La forma que elija para pagar su prima de Medicare Advantage, o la multa por inscripción tardía de la Parte D, será automáticamente el mismo método que se utilice para pagar la prima mensual del Paquete dental y de la vista mejorado. No hay una prima mensual para **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) y, si no tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D, puede elegir una de las siguientes opciones de pago: cheque o giro postal, mediante transferencia electrónica de fondos (electronic funds transfer, EFT) o a través de una deducción de su cheque del Seguro Social. Si no hemos recibido su pago de la prima en la fecha prevista, se lo notificaremos por escrito, 60 días antes de que finalice su membresía en el Paquete dental y de la vista mejorado. Para obtener más información sobre cómo puede pagar su prima o qué debe hacer si tiene problemas con el pago de su multa por inscripción tardía de la Parte D, consulte la Sección 4 del Capítulo 1.

¿Qué sucede si me inscribo y decido cancelar mi inscripción?
Puede cancelar su inscripción voluntariamente en el Paquete dental y de la vista mejorado si escribe a Priority Health, MS 1175, 1231 E. Beltline NE, Grand Rapids, MI 49525 o envía un correo electrónico a *PH-MedicareEnrollment@priorityhealth.com*. Para su comodidad, puede encontrar un formulario de cancelación de la inscripción en *priorityhealth.com* y hacer clic en **Ya soy miembro**. Su cancelación de la inscripción entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cancelación de la inscripción completa y firmada. Los beneficios terminarán el último día del mes en el que esté inscrito. No debe pagar ninguna prima mensual después de la fecha finalización, a menos que adeude un saldo. Si ha pagado una prima completa anual, tiene derecho a un reembolso prorrateado por la parte que resta del año. Se le reembolsará en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su cancelación de la inscripción. Si la cobertura finaliza durante el año calendario, es posible que no pueda volver a inscribirse hasta el siguiente período de elección anual o especial.

Sección 2.3 Obtener atención con el beneficio opcional para visitantes/viajeros de nuestro plan

Su plan incluye el Pase de viaje Priority Health. Este es el beneficio complementario que proporcionamos. Le permite recibir todos los servicios cubiertos del plan con el costo compartido de la red en cualquier lugar de los Estados Unidos y sus territorios cuando se encuentre fuera de la península inferior de Míchigan. Pagará el costo compartido fuera de la red si solicita servicios a un proveedor que no pertenece a nuestra red dentro de la península inferior de Míchigan. Le recomendamos que llame a Servicios para los Miembros al 888.389.6648 para que podamos ayudarle a buscar un proveedor participante de Medicare y a organizar los servicios.

Nos hemos asociado con Multiplan para facilitar aún más el acceso a los proveedores participantes de Medicare. Para buscar un proveedor participante de Medicare o un proveedor MultiPlan Medicare, llame a Servicios para los Miembros al 888.389.6648 o visite *prioritymedicare.com* y busque en “Find a Doctor” (Buscar un doctor).

Cuando utilice los siguientes beneficios, debe utilizar la red nacional de proveedores/ubicaciones participantes definida por cada una de ellas: Assist America y TruHearing.

Cuando solicite servicios dentales, tenga en cuenta lo siguiente:

- Los beneficios de la red se aplican cuando utiliza odontólogos de la red Medicare Advantage PPO de Delta Dental y Medicare Advantage Premier de Delta Dental en Míchigan, Ohio e Indiana.
- Cuando utilice su beneficio de viaje fuera del Estado (fuera de Míchigan, Ohio e Indiana) acceda a los proveedores Delta Dental PPO o Premier y pague los costos de la red. Para buscar un proveedor, visite *www.providers4you.com/medicareadvantagetraveler* o llame al 800.330.2732 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- Los beneficios fuera de la red se aplican cuando asiste a cualquier otro odontólogo que no esté excluido de atender a miembros de Medicare.

Seguirá inscrito en nuestro plan cuando se encuentre fuera del área de servicio por hasta 12 meses, siempre que su residencia siga siendo en el área de servicio. Si no ha regresado al área de servicio del plan en un plazo de 12 meses, se cancelará su inscripción.

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

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

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o que solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, salvo determinadas circunstancias que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos igualmente no se cubrirán y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide en la apelación que se trata de un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Acupuntura		Los servicios de acupuntura de rutina cubiertos por su plan se describen en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la Tabla de Beneficios Médicos.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Dispositivos de escucha asistida: incluyen, entre otros, los amplificadores de teléfono y los dispositivos de alerta.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Camas: colchones, oscilantes, camas para baño (hogareñas), tablas, elevador, tumbonas (eléctricas o manuales).	**No cubiertas en ninguna circunstancia**	
Analizadores de glucosa en sangre: colorímetro de reflectancia.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Cirugía o procedimientos cosméticos		Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mamas después de una mastectomía, como así también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico cualificado, como los cuidados que le ayudan con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	**No cubierto en ninguna circunstancia**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Medicamentos (Parte B de su beneficio médico): (que no sean para quimioterapia ni productos biológicos) utilizados para afecciones no aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), como las hormonas biomédicas, y que no estén cubiertos por Medicare.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Medicamentos (Parte D de su beneficio de medicamentos con receta): comprados u obtenidos durante su estancia en otro país, incluidos los que se obtienen en un crucero que se consideran autoadministrados. Se considera que no están aprobados por la FDA.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos. Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos que Medicare Original determina que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		Medicare Original podría cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Los **cargos** cobrados para recibir atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	**No cubierta en ninguna circunstancia**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Comidas con entrega a domicilio	**No cubiertas en ninguna circunstancia**	
Los **servicios de empleada doméstica** incluyen ayuda básica en el hogar, incluidas las tareas domésticas sencillas o la preparación de comidas livianas.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Andador de rodilla	**No cubierto en ninguna circunstancia**	
Análisis de sangre: no son médicamente necesarios según los criterios de cobertura de Medicare. *Hable con su doctor sobre los análisis para saber si están cubiertos o llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.*		
Silla de elevación: la silla/parte reclinadora no está cubierta.		El mecanismo de una silla de elevación puede estar cubierto si Priority Health determina que cumple los criterios de necesidad médica.
Atención a largo plazo: consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes,* para la atención a largo plazo.	**No cubierta en ninguna circunstancia**	
Masoterapia: realizada por un masoterapeuta.	**No cubierta en ninguna circunstancia**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Necesidad médica: servicios que no se consideran razonables y médicamente necesarios, según los estándares de Medicare Original; consulte el Capítulo 9 para saber cómo obtener una decisión de cobertura.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Servicios naturopáticos (utilizan tratamientos naturales o alternativos).	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		Zapatos que forman parte de una pierna ortopédica y están incluidos en el costo de la órtesis. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Exámenes físicos y otros servicios: requeridos por terceros, como la obtención o el mantenimiento de un empleo o la participación en programas para empleados, requeridos para seguros o licencias, exámenes físicos deportivos solicitados, exigidos por orden judicial o para la libertad condicional.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Proveedores excluidos: servicios de proveedores que aparecen en la Lista de exclusión de los CMS. Consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*, para ver la Lista de exclusión de los CMS.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Prueba prequirúrgica y consultas: incluyen, entre otros, los análisis, las radiografías, los electrocardiogramas, el monitoreo cardíaco y las consultas al consultorio del doctor que se realizan estrictamente para la autorización prequirúrgica cuando no existe una afección médica subyacente.		Están cubiertas únicamente cuando la prueba o la consulta al consultorio están relacionadas con una afección médica subyacente.
Enfermeros privados	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Habitación privada en un hospital		Cubierta únicamente cuando es médicamente necesaria.
Tratamiento residencial: el objetivo principal es retirar al miembro de su entorno para prevenir la reaparición de una afección, como, por ejemplo, los trastornos alimenticios, la adicción al alcohol, etc.	**No cubierto en ninguna circunstancia**	
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Cuidado de los pies de rutina		Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Servicios no considerados razonables ni necesarios de acuerdo con los estándares de Medicare Original.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Modificaciones estructurales: incluyen, entre otras, rampas, entradas, ascensores y elevadores de escalera.	**No cubiertas en ninguna circunstancia**	
Síndrome de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint Syndrome, TMJ)	**No cubierto en ninguna circunstancia**	
Transporte: incluye transporte aéreo comercial o privado, automóvil, taxi, autobús, furgoneta para camilla y furgoneta para silla de ruedas, aun cuando sea la única forma de viajar hasta un proveedor de la red.	**No cubierto en ninguna circunstancia**	
VA: servicios prestados a los veteranos en centros de Asuntos de veteranos (Veterans Affairs, VA).	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en condiciones específicas
Vista (servicios): queratotomía radial y queratoplastia para tratar los defectos refractivos, corrección de astigmatismo con láser, cirugía LASIK y LASEK y otros dispositivos de ayuda para baja visión. Lentes intraoculares (intraocular lenses, IOL) no convencionales luego de una cirugía de cataratas (por ejemplo, un IOL para corregir presbicia).	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Relacionados con la guerra: no están cubiertos los artículos o servicios necesarios que se relacionan o son consecuencia de las lesiones causadas por la guerra o un acto de guerra.	**No cubiertos en ninguna circunstancia**	
Pelucas	**No cubiertas en ninguna circunstancia**	

CAPÍTULO 5:
Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

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

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

- Debe pedirle a un proveedor (doctor, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que le escriba una receta que sea válida según la legislación estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe figurar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2 de este capítulo). También puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo del plan.
- Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3 de este capítulo).
- Su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertas referencias. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 de este capítulo).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. (Para obtener más información sobre las restricciones en su cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).

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

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término medicamentos cubiertos hace referencia a todos los medicamentos con receta de la Parte D que figuren en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?

Para buscar una farmacia de la red, puede mirar en su *Directorio de Proveedores/Farmacias*, visitar nuestro sitio web (*priorityhealth.com/vintage25*) o llamar a Servicios para los Miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas de las farmacias de nuestra red brindan costos compartidos preferidos, que pueden ser más bajos que los costos compartidos en una farmacia que ofrece costos compartidos estándar. El *Directorio de Proveedores/Farmacias* le indicará qué farmacias de la red ofrecen un costo compartido preferido. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo podrían variar los costos de bolsillo para los distintos medicamentos.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red. O bien, si la farmacia que ha estado utilizando sigue perteneciendo a la red, pero ya no ofrece los costos compartidos preferidos, puede cambiar a otra farmacia preferida o de la red, si está disponible. Para buscar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los Miembros o usar el *Directorio de Proveedores/Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web *priorityhealth.com/vintage25*.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los Miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población indígena estadounidense urbana o tribal del Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.

- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de Proveedores/Farmacias priorityhealth.com/vintage25* o llame a Servicios para los Miembros.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir **un suministro de hasta 90 días,** con excepción de los medicamentos del Nivel 5.

Nuestra red de farmacias incluye farmacias de pedido por correo que ofrecen un costo compartido estándar y farmacias de pedido por correo que ofrecen un costo compartido preferido. El costo compartido preferido para el pedido por correo se limita a nuestra farmacia de pedido por correo preferida, Express Scripts, pero puede elegir cualquier farmacia de pedido por correo de la red para recibir sus medicamentos con receta cubiertos. Su costo compartido puede ser menos en Express Scripts.

Para obtener formularios de pedidos e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, llame a Servicios para los Miembros o visite nuestro sitio web en *priorityhealth.com/vintage25*. Si utiliza una farmacia de pedido por correo que no está dentro de la red del plan, no se cubrirá su receta.

Por lo general, el pedido a la farmacia que presta el servicio de pedido por correo le será entregado en 14 días como máximo. Sin embargo, a veces su pedido por correo puede demorarse. Si su pedido no llega antes de que se le acabe la medicación, llame a Servicios para los Miembros para que lo autoricen a obtener un suministro de hasta 30 días de su receta en una farmacia minorista de la red local.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su doctor.
La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o bien
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento llamando al número de Servicios para los Miembros que figura en el reverso de su tarjeta.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para saber si la quería antes de enviarla, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros llamando al número de Servicios para los Miembros que figura en el reverso de su tarjeta.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedido por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte, para informarles si enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Para cancelar su inscripción en los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al número de Servicios para los Miembros que figura en el reverso de su tarjeta.

Resurtidos de medicamentos con receta de pedido por correo. Para los resurtidos de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtidos automáticos. En este programa, comenzaremos a procesar automáticamente su próximo resurtido cuando nuestros registros indiquen que está a punto de quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicación, y puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicación o si esta ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtidos automáticos, pero quiere que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que sus medicamentos con receta vigentes se agoten. Esto garantizará que su pedido se envíe a tiempo.

Para cancelar su inscripción en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedido por correo, comuníquese con nosotros llamando al número de Servicios para los Miembros que figura en el reverso de su tarjeta.

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

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de Medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de la red (que ofrecen costos compartidos preferidos) le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento a una cantidad menor de costo compartido. Es posible que otras farmacias minoristas no acepten las cantidades menores de costo compartido. En este caso, usted deberá abonar la diferencia de precio. Su *Directorio de Proveedores/Farmacias*, *priorityhealth.com/vintage25*, le indica

qué farmacias de la red le proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener más información.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 Cuándo puede utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solamente* si usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con Servicios para los Miembros** para averiguar si hay alguna farmacia de la red cerca. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto a tiempo dentro del área de servicio porque no hay farmacias de la red dentro de una distancia de manejo razonable que atiendan las 24 horas.
- Si está intentando obtener un medicamento con receta que no se encuentra en existencias regularmente en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red accesible (incluidos los medicamentos de alto costo y únicos).
- Si recibe una vacuna u otro medicamento cubierto de la Parte D de Medicare en el consultorio de un proveedor o un centro para pacientes externos que no está cubierto en la Parte B de Medicare (por ejemplo, una sala de emergencias, un entorno de atención de urgencia, etc.). Consulte las Secciones 7 y 8 del Capítulo 6 para obtener más información.
- Si el gobernador de su Estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (y no la parte del costo que normalmente le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

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

El plan, con la colaboración de un equipo de doctores y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por este.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de Medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos los medicamentos de la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el medicamento se use para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento *que esté en una de estas condiciones*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- Avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca comercial, medicamentos genéricos y productos biológicos (que podrían incluir biosimilares).

Un medicamento de marca comercial es un medicamento con receta que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de Medicamentos, cuando nos referimos a "medicamentos", puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca comercial. Los productos biológicos poseen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca comercial o el producto biológico original y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca comercial y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituir al

producto biológico original en la farmacia sin una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca comercial.

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de Medicamentos.

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de Medicamentos un medicamento en particular. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no se encuentre en la Lista de Medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay 5 niveles de costo compartido para los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos del plan se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento:

- **Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos.** Este es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos.
- **Nivel 2: medicamentos genéricos.** Este nivel incluye medicamentos genéricos.
- **Nivel 3: medicamentos de marca comercial preferidos.** Este nivel incluye los medicamentos de marca comercial preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- **Nivel 4: medicamentos no preferidos.** Este nivel incluye medicamentos de marca comercial no preferidos y algunos medicamentos genéricos de alto costo.
- **Nivel 5: medicamentos de especialidad.** Este es el nivel más alto e incluye los medicamentos de especialidad, que se limitan a un suministro máximo de 30 días por receta o resurtido.

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

En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), se incluye la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

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

Hay 4 formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de Medicamentos más reciente que le proporcionamos de forma electrónica. (Tenga en cuenta lo siguiente: La "Lista de Medicamentos" que proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos más utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la "Lista de Medicamentos" proporcionada. Si uno de sus medicamentos no figura en la Lista de Medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para los Miembros para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (*priorityhealth.com/vintage25*). La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para los Miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de Medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Utilice la "Real-Time Benefit Tool" (Herramienta de beneficios en tiempo real) del plan (*https://member.priorityhealth.com/login* o llame a Servicios para los Miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de Medicamentos que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de doctores y farmacéuticos creó estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted esté tomando o desee tomar, consulte la Lista de Medicamentos.

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

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas

versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimidos en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

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

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para los Miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción**. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Y se hace para garantizar la seguridad de la medicación y orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **tratamiento escalonado**.

Límites de cantidad

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

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que está tomando, o uno que usted y su proveedor consideran que debería estar tomando, no se encuentra en nuestro formulario o está en el formulario pero con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca comercial que desea tomar no esté cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, tal como se indica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. **Si el medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.**
- **Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.**

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura 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, estas son algunas opciones:

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

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan deberá proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya se encuentra tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

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

- **Si es miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los que hayan sido miembros del plan por más de 90 días y residan en un centro de atención a largo plazo y necesiten un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal mencionado anteriormente.
- Según las regulaciones de los CMS, **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) les proporciona a los miembros que experimenten un cambio en el nivel de atención un suministro de transición de al menos 30 días de medicación, a menos que la receta esté indicada para menos días.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, comuníquese con Servicios para los Miembros.

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

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para determinar si existe otro medicamento cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los Miembros para pedir una Lista de Medicamentos Cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

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

Si actualmente es miembro y un medicamento que está tomando se quitará del formulario o se restringirá de alguna forma el próximo año, le informaremos sobre el cambio antes de que comience el año nuevo. Si solicita una excepción antes de que comience el próximo año, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo de su persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

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

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

Si un medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que exista otro medicamento en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los Miembros para pedir una Lista de Medicamentos Cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

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

Nuestros medicamentos del Nivel 5, Medicamentos de especialidad, no pueden acogerse a este tipo de excepción. No disminuimos la cantidad de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos se puede modificar durante el año

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca comercial por una versión genérica.**
- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de modificar la Lista de Medicamentos del plan.

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que se mencionan en este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que usted esté tomando?

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea con regularidad. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos introducir en la Lista de Medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se introducen cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos introducir en la Lista de Medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de Medicamentos y eliminar o modificar de inmediato un medicamento similar de la Lista de Medicamentos.**
  - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar de inmediato un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, mover el medicamento a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
  - Solo realizaremos estos cambios de inmediato si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca comercial o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
  - Podemos realizar estos cambios de inmediato e informarle más adelante, incluso si está tomando el medicamento que eliminamos o modificamos. Si está tomando el medicamento en el momento en que realicemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.
- **Agregar medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o modificar un medicamento similar de la Lista de Medicamentos con previo aviso.**
  - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
  - Solo realizaremos estos cambios si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca comercial o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces, un medicamento puede ser considerado inseguro o retirado del mercado por otra razón. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos después de realizar el cambio.
- **Otros cambios a la Lista de Medicamentos.**
  - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que usted esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o de nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en alguno de los medicamentos que está tomando, hable con la persona autorizada a dar recetas acerca de las opciones que más le convendrían, como cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción del medicamento que esté tomando. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información acerca de cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no lo afectarán durante el año del plan actual

Podemos realizar algunos cambios en la Lista de Medicamentos que no se encuentran descritos con anterioridad. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si se encuentra tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente le afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

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

No le informaremos de este tipo de cambios de forma directa durante el año del plan actual. Tendrá que consultar la Lista de Medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista se encuentre disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si existe algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, se describen los tipos de medicamentos con receta que se excluyen. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

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

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso para una *indicación no autorizada* de un medicamento cuando dicho uso no está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. Uso para una indicación no autorizada es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales con receta, salvo las vitaminas prenatales y las preparaciones de flúor.
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes o los servicios de supervisión asociados se compren exclusivamente al fabricante.

Si está recibiendo "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos con receta, el programa de "Ayuda Adicional" no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para

determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Proporcione información sobre su membresía

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de su membresía en el plan que figura en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la información de membresía con usted?

Si no tiene la información de su membresía en el plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que revise su información de inscripción en el plan.

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

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted está en un hospital o centro de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?

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

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

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

Consulte el *Directorio de Proveedores/Farmacias*, *priorityhealth.com/vintage25*, para averiguar si la farmacia del centro de LTC, o la que sea que este utilice, forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicios para los Miembros. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos o tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre un suministro temporal o de emergencia.

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

Si actualmente tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Puede recibir ayuda para determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si tiene una cobertura de grupo de empleados o jubilados, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditada:

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

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

Guarde este aviso sobre la cobertura acreditada porque es posible que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite este aviso para demostrar que usted ha mantenido la cobertura

acreditada. Si no recibió el aviso sobre la cobertura acreditada, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados, o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento simultáneamente. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita determinados medicamentos (p. ej., medicamentos para las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no estén cubiertos por el hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe informar a nuestro plan que los medicamentos no están relacionados antes de que el plan pueda cubrirlos. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle al proveedor del hospicio o a la persona autorizada que proporcione un aviso antes de surtir su medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos, tal como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finalice un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

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

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre el uso de los medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

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

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico

- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura sus opioides con receta y otros medicamentos frecuentemente utilizados de manera indebida. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con las personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que el uso que usted haga de estos medicamentos sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con las personas autorizadas a dar recetas y, si decidimos que su consumo de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta puede no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinada(s) farmacia(s).
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta por parte de determinada(s) persona(s) autorizada(s) a dar recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si tenemos previsto limitar la forma en que puede recibir estos medicamentos o su cantidad, le enviaremos una carta con antelación. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicas. Usted tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas a dar recetas o farmacias prefiere usar y de brindarnos cualquier otra información que considere de nuestra importancia. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación impuesta, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión nueva. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, transferiremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No podremos ubicarlo en nuestro DMP si tiene determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con un cáncer o la enfermedad de células falciformes, si recibe atención en un hospicio, cuidados paliativos o atención de final de vida o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y doctores creó el programa para nosotros con el fin de ayudar a garantizar que nuestros miembros se beneficien al máximo de los medicamentos que tomen.

Algunos miembros que tienen determinadas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan una cantidad específica de costos de medicamentos o que están en un DMP que ayuda a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre sus medicamentos, los costos, o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debería seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. Usted también obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando, la cantidad, cuándo los toma y la razón por la que lo hace. Además, los miembros que están en el Programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es aconsejable hablar con su doctor sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a la consulta o en cualquier momento que hable con sus doctores, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También mantenga su lista de medicamentos al día y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquenos, y retiraremos su participación. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios para los Miembros.

CAPÍTULO 6:

Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le enviamos un folleto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get "Extra Help" Paying for Prescription Drugs* (Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben "Ayuda Adicional" para Pagar los Medicamentos con Receta), también conocida como "Low-Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula Adicional para Subsidio por Bajos Ingresos o Cláusula Adicional LIS), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este folleto, comuníquese con Servicios para los Miembros y pida la "Cláusula Adicional LIS".

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo, usamos el término "medicamento" en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas normas. Cuando utilice la "Real-Time Benefit Tool" (Herramienta de beneficios en tiempo real) del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 5), el costo que se muestra se proporcionará en "tiempo real", lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la "Real-Time Benefit Tool" (Herramienta de beneficios en tiempo real) si llama a Servicios para los Miembros.

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Existen diferentes tipos de costos que paga de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que usted paga por un medicamento se denomina **costo compartido** y hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

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

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que se tiene en cuenta y lo que *no* se tiene en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos cumplir para hacer un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos <u>se incluyen</u> en los costos que paga de su bolsillo

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

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de Cobertura Inicial.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en sus costos de bolsillo si los efectúa **otra persona u organización** en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, por un Programa de asistencia de medicamentos estatal calificado por Medicare, los planes de salud del empleador o del sindicato, o por el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa de "Ayuda Adicional" de Medicare.

Paso a la Etapa de Cobertura para Catástrofes:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $2,000 en el año calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubra.
- Medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red que no cumplan con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenezcan a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que realiza para sus medicamentos con receta que generalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos de sus medicamentos que realice la Administración de Salud de Veteranos (VA).
- Pagos de sus medicamentos que realice un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).
- Pagos que realicen los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de descuentos de los fabricantes.

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan comunicándose con Servicios para los Miembros.

¿Cómo puede llevar un registro del total de los costos que paga de su bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos**. El informe de la *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D* que usted recibe incluye la cantidad actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando esta cantidad alcance $2,000, en este informe se le indicará que ha dejado la Etapa de Cobertura Inicial y ha pasado a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 El precio que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de PriorityMedicare Vintage (HMO-POS)?

Hay tres **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura para medicamentos con receta según **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS). La cantidad que paga depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Los detalles de cada etapa se encuentran en la Sección 4 a 6 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa del Deducible Anual

Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapa 3: Etapa de Cobertura para Catástrofes

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

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

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se lo denomina **costos que paga de su bolsillo**. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos realizado por "Ayuda Adicional" de Medicare, planes de salud del empleador o del sindicato, el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas de asistencia de medicamentos estatales (SPAP).
- Llevamos un registro de los **costos totales de sus medicamentos**. Es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si ha obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago de los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros han pagado en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en su precio desde la primera vez que lo obtenga para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamación de medicamento, si corresponde.

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

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que podría tener que pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos las copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de aquellos casos en los que debería entregarnos copias de sus recibos de medicamentos**:
  - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando realice un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
  - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red o cuando pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
  - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos estatal, un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense y las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviemos por escrito.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que faltan datos o tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los Miembros. La EOB de la Parte D puede estar disponible electrónicamente en nuestro sitio web, *express-scripts.com*, o puede solicitar que se le envíe una copia impresa por correo llamando a Servicios para los Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para PriorityMedicare Vintage (HMO-POS)

No hay deducible para **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS). Usted comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

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

Sección 5.1 Lo que pague por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

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

El plan tiene 5 niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos del plan se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento:

- **Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos.** Este es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos.

- **Nivel 2: medicamentos genéricos.** Este nivel incluye medicamentos genéricos.
- **Nivel 3: medicamentos de marca comercial preferidos.** Este nivel incluye los medicamentos de marca comercial preferidos y algunos medicamentos genéricos. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel 4: medicamentos no preferidos.** Este nivel incluye medicamentos de marca comercial no preferidos y algunos medicamentos genéricos de alto costo. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel 5: medicamentos de especialidad.** Este es el nivel más alto e incluye los medicamentos de especialidad, que se limitan a un suministro máximo de 30 días por receta o resurtido. Usted paga $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

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

Sus opciones de farmacia

La cantidad que usted pague por un medicamento se determina según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido estándar. El costo puede ser menor en las farmacias que ofrecen costo compartido preferido.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido preferido.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red.
- Una farmacia de pedido por correo de la red que ofrece costo compartido estándar.
- La farmacia de pedido por correo preferida del plan, Express Scripts, que ofrece un costo compartido preferido.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de Proveedores/Farmacias* del plan, *priorityhealth.com/vintage25*.

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento

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

Como se muestra en la tabla siguiente, la cantidad del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

A veces, el costo del medicamento puede ser inferior a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

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

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (un suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo estándar** (un suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo preferido (Express Scripts)** (un suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (un suministro de hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $10	Copago de $4	Copago de $10	Copago de $4	Copago de $10	Copago de $10
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de $20	Copago de $15	Copago de $20	Copago de $15	Copago de $20	Copago de $20
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca comercial preferidos)	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	45% del costo total	40% del costo total	45% del costo total	40% del costo total	45% del costo total	45% del costo total
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de especialidad)	33% del costo total	33% del costo total	33% del costo total	33% del costo total	33% del costo total	33% del costo total

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

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

Sección 5.3 Si su doctor le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que usted no deba pagar el costo del mes completo

Por lo general, la cantidad que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, usted o su doctor deseen obtener el suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez). También puede pedirle a su doctor que le recete, y a su farmacéutico que le entregue, un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta.

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

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

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

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

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo.

- A veces, el costo del medicamento puede ser inferior a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

La parte que le corresponde pagar del costo al obtener un suministro *a largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costo compartido de pedido por correo estándar (un suministro de hasta 90 días)	Costo compartido de pedido por correo preferido (Express Scripts) (un suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $30	Copago de $0	Copago de $30	Copago de $0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de $60	Copago de $45	Copago de $60	Copago de $0
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca comercial preferidos)	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	45% del costo total	40% del costo total	45% del costo total	40% del costo total
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de especialidad)	No hay suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No hay suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No hay suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No hay suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.

No pagará más de $70 por un suministro de hasta dos meses o $105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales de bolsillo para el año alcancen los $2,000

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales de bolsillo alcancen los $2,000. Después pasa a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

La *EOB de la Parte D* que reciba lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier otro tercero, han gastado en usted durante el año. No todos los miembros alcanzan el límite de $2,000 de costos de bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance esta cantidad. Si llega a esta cantidad, saldrá de la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Cobertura para Catástrofes, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted ingresará en la Etapa de Cobertura para Catástrofes cuando los costos que pague de su bolsillo hayan alcanzado el límite de $2,000 del año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura para Catástrofes, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 7 Información sobre los beneficios adicionales

¿Qué paga por otros medicamentos de la Parte D de Medicare en un entorno para pacientes externos?

Los medicamentos de la Parte D de Medicare, por lo general, se considera que se autoadministran. Un medicamento autoadministrado es aquel que normalmente tomaría solo por vía oral, se colocaría sobre la piel (tópico), se inyectaría por vía subcutánea o inhalaría. En general, adquiere estos medicamentos en una farmacia. Sin embargo, hay ocasiones en las que también puede obtener medicamentos autoadministrados de la Parte D, cubiertos por Medicare, en un entorno para pacientes externos (por ejemplo, el consultorio de un PCP o un especialista, un centro para pacientes externos como un centro de cirugía ambulatoria, una cirugía ambulatoria en un hospital, sala de emergencias, atención de urgencia, etc.).

Si recibe un medicamento autoadministrado de la Parte D cubierto por Medicare en un entorno para pacientes externos, no estará cubierto por su Parte B ni su beneficio médico. Sin embargo, tendrá la cobertura de su beneficio de medicamentos con receta de la Parte D conforme a este plan.

A continuación, le explicamos cómo funciona cuando recibe medicamentos autoadministrados de la Parte D cubiertos por Medicare y proporcionados en entorno para pacientes externos.

Usted recibe el medicamento cubierto de la Parte D en el consultorio de su doctor o en un entorno para pacientes externos (por ejemplo, un centro para pacientes externos, atención de urgencia, sala de emergencias, etc.).

- Cuando reciba el medicamento cubierto de la Parte D, pagará el costo total del medicamento.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este documento (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará la cantidad que pagó menos su copago normal para el medicamento cubierto de la Parte D, menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el doctor o el centro para pacientes externos y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Ayuda Adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted pague dependerá de cómo y dónde las obtenga

Mensaje importante sobre lo que paga por sus vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de Medicamentos Cubiertos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted. Consulte la Lista de Medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para los Miembros para obtener información sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

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

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependerán de tres elementos:

1. **Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización, llame al Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
    - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
    - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del doctor.

3. **Quién le administra la vacuna.**
    - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrarle la vacuna en la farmacia. De forma alternativa, un proveedor puede administrársela en el consultorio del doctor.

Lo que pague en el momento en que le administren la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en qué **etapa de pago de medicamentos** se encuentre.

- A veces, cuando obtenga una vacuna, deberá pagar por el costo total de la misma y por el del proveedor que se la administró. Puede solicitarle al plan que le devuelva la parte del costo que nos corresponde pagar. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que recibirá un reembolso por el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando obtenga una vacuna, solo tendrá que pagar su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no deberá pagar nada.

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

Situación 1: Obtiene su vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no se permite que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no deberá pagar nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, le pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí, lo que incluye el costo de su administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, puede pagar el costo total de la misma y por el del proveedor que se la administró.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos que se encuentran descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, recibirá un reembolso por la cantidad total que pagó. Por otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que haya pagado por la vacuna (incluida la administración) menos cualquier coseguro o copago y menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el doctor y lo que normalmente pagaríamos. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no deberá pagar nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, le pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su doctor le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, recibirá un reembolso por la cantidad total que pagó. Por otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que haya pagado por la administración de la vacuna menos cualquier coseguro o copagoy menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el doctor y lo que normalmente pagaríamos. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando reciba atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan, o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama reembolsar). Es su derecho que nuestro plan le haga un reembolso cada vez que usted pague más de la cantidad que le corresponde de los costos de servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por el plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó, o tal vez por más de la parte que le corresponde pagar del costo compartido, tal como se indica en este documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debería pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si se trata de un proveedor contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

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

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenezca a la red de nuestro plan

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

- Usted solo debe pagar la parte del costo que le corresponde por servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencias están legalmente obligados a prestar atención de emergencia. Si paga la cantidad total en el momento de recibir el servicio, pídanos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Podría recibir una factura del proveedor en la que le pida pagar una cantidad que usted considera que no debe. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.

- Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde pagar.

- **Tenga en cuenta lo siguiente**: Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba.

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

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

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

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación, tal como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para acceder a un análisis de estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia de la red.

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

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos la totalidad del costo que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la “Lista de Medicamentos” del plan, o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su doctor para reembolsarle la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos la totalidad del costo que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

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

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

Usted puede pedirnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, incluya su factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es aconsejable hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. Para reclamaciones médicas, **debe presentar su reclamación dentro un año** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento. Para reclamaciones farmacéuticas de la Parte D, **debe presentar su reclamación dentro de tres años** a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

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

- No debe utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Puede descargar una copia del formulario de nuestro sitio web (*priorityhealth.com/vintage25*) o llamar a Servicios para los Miembros y solicitar que le envíen por correo postal o electrónico un formulario de reclamación de reembolso.

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

Para las reclamaciones médicas: Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo de pago a esta dirección:

ATTN: Priority Health Claims
Priority Health
P.O. BOX 232
Grand Rapids, MI 49501

Para las reclamaciones de medicamentos con receta de la Parte D: Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

ATTN: Medicare Part D, MS 1260
Priority Health Medicare
1231 East Beltline Ave, NE
Grand Rapids, MI 49525

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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha cumplido con todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea la cantidad total que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior a nuestro precio negociado). Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica, o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviaremos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte del medicamento o de la atención médica, usted puede presentar una apelación

Si piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con la cantidad que le pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y conforme a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, como un archivo de audio, en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible en español de forma gratuita. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los Miembros.

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de las mujeres dentro de la red para servicios de atención médica preventivos y de rutina.

Si los proveedores de una especialidad determinada no se encuentran disponibles en la red del plan, es responsabilidad del plan localizar proveedores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, comuníquese con el plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar con un especialista en salud de las mujeres o encontrar un especialista de la red, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para los Miembros al 888.389.6648. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que proporcione y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de obtener una derivación. No le pedimos que obtenga derivaciones para acudir a proveedores de la red.

Usted tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y a recibir los servicios cubiertos que estos le brinden dentro de un plazo razonable. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9 de este documento le explica lo que puede hacer.

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

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

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina **Notice of Privacy Practice** (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo por las circunstancias enumeradas a continuación, si tenemos la intención de suministrar su información de salud a otra persona que no le brinde atención ni pague por ella, *tenemos la obligación de pedir por escrito su autorización, o de quien haya dado poder legal para tomar decisiones en su nombre, antes de hacerlo*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
  - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.

- Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para una investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales. Generalmente esto requiere que la información que lo identifica de manera exclusiva no se comparta.

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el plan y a obtener una copia de ellos. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o que corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos junto su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse o no.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los Miembros.

Consulte la Sección 7 del Capítulo 11, *Avisos legales*, para conocer nuestra política de privacidad completa.

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

Como miembro de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los Miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y de las normas que debe cumplir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no se cubre y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por

escrito de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no se encuentra cubierto o su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también ofrece información sobre cómo pedirnos que modifiquemos una decisión, lo que también se denomina: "apelación".

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus doctores y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus doctores acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o de si nuestro plan las cubre. También incluye que le informen los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen los riesgos involucrados en su atención médica. Deben informarle por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Poder decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir un tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su doctor le aconseja quedarse. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego que, si rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

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

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

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.

- **Darles a sus doctores instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.
- Tenga en cuenta que puede ser necesario verificar la incapacidad del titular del plan para tomar decisiones en su nombre a fin de establecer la falta de capacidad para tomar decisiones del titular del plan.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación en estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una instrucción anticipada para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o de algunas tiendas de artículos para oficina. A veces, se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para los Miembros para solicitar el formulario.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debería considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles una copia del formulario a su doctor y a la persona que nombre en el formulario capaz de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o a miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital**.

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

Recuerde que usted decide si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un doctor o el hospital no han respetado las instrucciones que allí se indican, puede presentar una queja ante el Departamento de Licencias y Asuntos Regulatorios (Department of Licensing & Regulatory Affairs), Oficina de Comunidad y

Sistemas de Salud (Bureau of Community and Health Systems): reclamaciones de centros de salud, P.O. Box 30664, Lansing, MI 48909. Teléfono: 800.882.6006. Fax: 517.335.7167. Correo electrónico: *BCHS-Complaints@michigan.gov*.

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita realizar una solicitud de cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?

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

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

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no lo han tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que esté enfrentando:

- Puede **llamar a Servicios para los Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para los Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.

- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *"Medicare Rights & Protections"* (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en *www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf*).
  - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las normas que debe cumplir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que se cubre y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 contienen información sobre los servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 contienen información sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo. El Capítulo 1 le brinda información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al doctor y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
  - Permita que sus doctores y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus doctores y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus doctores hayan acordado.
  - Asegúrese de que los doctores conozcan todos los medicamentos que esté tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que sea capaz de comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su doctor, de los hospitales y de otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:

  - Debe continuar pagando la prima de su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte que le corresponde del costo al recibir el servicio o el medicamento.
  - Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos con receta.
  - Si debe pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, tiene que continuar pagando esta cantidad directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio del plan, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). Ayúdenos a proteger su privacidad y la de los demás.
  - Avísenos si ha perdido su tarjeta de identificación o se la han robado para evitar que alguien reciba sus beneficios de Priority Health Medicare.
  - Infórmenos inmediatamente si recibe por error información o material destinado a otras personas y colabore con nosotros para devolver esa información o material lo antes posible.

CAPÍTULO 9:

Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

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

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

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y lo que debería hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más simples, en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, aparece presentar una queja en lugar de interponer un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización, determinación de cobertura o determinación de riesgo y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de revisión independiente.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y a veces es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor precisión y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le brindamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse a Servicios para los Miembros para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones,

es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se incluyen dos entidades que pueden ayudarle.

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

Cada estado cuenta con un programa gubernamental conformado por asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará números de teléfono y URL de sitios web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía siguiente le será útil.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica (los artículos médicos, servicios o medicamentos con receta de la Parte B) se cubre o no, la forma en que se cubren y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

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

No.

Vaya a la **Sección 10**, al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

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

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente hacemos referencia a artículos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted debe usar el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que se cubre.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación a la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su doctor de la red del plan lo deriva a un especialista médico que no pertenece a la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su doctor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de Cobertura* deje claro que el servicio al cual fue derivado no está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su doctor, además, puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su doctor no está seguro de que cubramos un servicio médico en particular, o se rehúsa a brindar atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, la solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no está cubierta por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no se siente satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas

circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si cumplimos con las normas de forma correcta. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas la solicitud de apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para la atención médica, esta pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no se relaciona con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación para la atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para más información sobre apelaciones de Nivel 2 sobre la atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo).

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (La Sección 9 de ese capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

A continuación, se incluyen algunos recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios para los Miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su doctor puede realizar la solicitud por usted.** Si su doctor lo asiste con una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Comuníquese con Servicios para los Miembros y solicite el formulario *"Appointment of Representative"*

(Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).

- Su doctor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre para la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte B. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos con receta de la Parte D, su doctor u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada, su doctor o la persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si quiere que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los Miembros y pida el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
  - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de derivación. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para pedir algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

- **Sección 6** de este capítulo: Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que le están dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios*: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para los Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de su atención

Esta sección describe sus beneficios para la atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*). En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su doctor u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió y pagó atención médica que cree que el plan debería cubrir, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o se interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

   Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **determinación de la organización**. Una decisión de cobertura rápida se denomina **decisión acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar suele tomarse en un plazo de 14 días calendario o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos o de 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo* puede *solicitar* la cobertura de artículos médicos o servicios (no puede solicitar el pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándar podrían *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.

Si su doctor nos dice que su salud exige una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente proporcionarle una decisión de cobertura rápida.

Si nos pide la decisión de cobertura rápida usted mismo, sin el apoyo de su doctor, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explique que utilizaremos los plazos estándar.

- Explique que, si su doctor pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
- Explique que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pida a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura para atención médica que usted desea. Usted, su doctor o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para decisiones de cobertura estándar, usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud **de un artículo o servicio médico.** Si solicita un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **No obstante,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos un calendario acelerado

Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas, si solicita un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.** Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración** del plan. Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo 30 días calendario o de 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si apelará una decisión que tomamos sobre la cobertura para atención médica que todavía no ha recibido, usted o su doctor deberá decidir si necesita una apelación rápida. Si su doctor nos dice que su salud exige una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan.

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para solicitar una apelación rápida, preséntela por escrito o comuníquese con nosotros.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y usted tiene una buena razón para

haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su doctor pueden añadir más información para sustentar su apelación.**

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, realizamos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- En caso de ser necesario, recopilaremos más información comunicándonos con usted o con su doctor.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente remitiremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si está solicitando un

medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

- No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).
- Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE** (del inglés Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene ninguna relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente más información para sustentar su apelación.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo médico o servicio, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. En el caso de las solicitudes aceleradas, tenemos un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar**. En el caso de las

solicitudes aceleradas, tenemos un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.

- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud de cobertura para atención médica (o parte de ella) no se debe autorizar. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
    - Explicando su decisión.
    - Notificándole su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para atención médica alcanza un determinado mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
    - Indicándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos pide que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de atención médica?

En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que usted deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente solicitando un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si usted ha cumplido con todas las normas para el uso de su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura, y usted cumplió con todas las normas, generalmente le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo de 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. En el caso de las apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, tendremos que enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para tener cobertura, su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre las normas, restricciones, costos y medicamentos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección, se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término Lista de Medicamentos en lugar de *Lista de Medicamentos Cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir de la manera como está hecha, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación a la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pidiendo que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Pidiendo que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, la autorización previa o el requisito de probar con otro medicamento primero). **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Pidiendo pagar una cantidad de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Pidiendo la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4.**
- Pagando por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos un reembolso. Sección 6.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

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

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario**. Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario**. Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su doctor o la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su doctor o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figure en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de Medicamentos, deberá pagar la cantidad de costo compartido que se aplique a los medicamentos del Nivel 4 para los medicamentos no preferidos. No puede solicitar que hagamos una excepción a la cantidad de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de costo compartido que le pedimos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, menor será la cantidad que le corresponderá pagar del costo del medicamento.
   - Si nuestra Lista de Medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido inferior al de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento a la cantidad de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
   - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento de Nivel 5, Medicamentos de especialidad.
   - Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, generalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su doctor debe explicarnos las razones médicas

Su doctor o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su doctor o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que usted solicita y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o que sea probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año del plan. Será válida mientras su doctor siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal
Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación de cobertura acelerada**.

<u>Paso 1:</u> Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las decisiones de cobertura estándar se realizan en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su doctor. **Las decisiones de cobertura rápida** se realizan en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su doctor.

Si su salud lo exige, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**

- Estar solicitando un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Utilizar los plazos estándar podrían poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su doctor o la persona autorizada a dar recetas nos dice que su salud exige una decisión de cobertura rápida, le proporcionaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide la decisión de cobertura rápida usted mismo sin el apoyo de su doctor ni de la persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud exige que tomemos una**

decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explique que utilizaremos los plazos estándar.
- Explique que, si su doctor u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
- Le indique cómo presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura para atención médica que usted desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura del modelo de CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web *priorityhealth.com/CoverageDetermination*. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Usted, su doctor (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que constituye las razones médicas para la excepción. Su doctor o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O su doctor o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y, después, enviar una declaración escrita por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente, deberemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su doctor. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración del doctor que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Generalmente, deberemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su doctor. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del doctor que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la

cobertura de medicamento que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación**. Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo exige, solicite una apelación rápida.

- Si apelará una decisión que tomamos acerca de un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su doctor o la persona autorizada a dar recetas deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su doctor u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o comuníquese por teléfono.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- En el caso de las apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos por teléfono. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de redeterminación del modelo de CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web *priorityhealth.com/Appeal*. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos,

o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información. Usted y su doctor pueden añadir más información para sustentar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su doctor o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar para un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le daremos la respuesta antes si aún no ha recibido el medicamento y su salud así lo exige.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más tarde de **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE** (del inglés Independent Review Entity).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene ninguna relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, doctor u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **riesgo** bajo nuestro programa de administración de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamación a la IRE.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente más información para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo exige, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si usted solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

Para apelaciones estándar:

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión en un plazo de 72 horas después de que recibamos la decisión de dicha organización.
- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario después de que recibamos la decisión de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad** de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión.** También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicita alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que usted solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión de Nivel 2 es definitiva.
- Informándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando lo ingresan en un hospital, usted tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su doctor y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su doctor o el personal del hospital se la comunicará.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días calendario siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todos los miembros de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita asistencia, llame a Servicios para los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Le informa sobre:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta, según lo indique su doctor. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta hospitalaria si considera que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta constituye una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha del alta para que su atención hospitalaria se cubra por más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha del alta. Firmar el aviso ***no*** **significa** que usted esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso en un lugar práctico para tener acceso a la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días calendario antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, tendrá que recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- Siga el proceso.
- Cumpla con los plazos.
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los Miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** se compone de un grupo de doctores y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con la organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta**.
    - **Si usted cumple con este plazo**, podrá permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
    - **Si *no* cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los*

*costo*s correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a que hayamos sido contactados, le entregaremos un **Aviso detallado del alta.** En este aviso se indica su fecha prevista del alta y se explican en detalle las razones por las que su doctor, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a Servicios para los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad *(los revisores)* le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su doctor y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá de parte nuestra un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su doctor, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta de su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta,* debemos seguir prestándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión la *rechaza*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios**

hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta de su apelación.

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta de su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que avanzará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de la hospitalización posterior a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *haya rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando la**

cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, usted tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* Servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Cuando recibe **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

Término legal
Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa sobre cómo puede solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Usted recibirá un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informará sobre:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que continuemos cubriendo su atención durante un período de tiempo más prolongado.
2. **Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- Siga el proceso.
- Cumpla con los plazos.
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los Miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para la mejora de la calidad** se compone de un grupo de doctores y otros expertos de la salud a los que le paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye la revisión de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

<u>Paso 1:</u> Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió *(Aviso de no cobertura de Medicare)* le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día previo a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derecho a apelar. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad.

<u>Paso 2:</u> La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que brinda detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también consultará su información médica, hablará con su doctor y revisará la información que le haya dado nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de parte nuestra donde se explicarán detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

<u>Paso 3:</u> En un plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores la aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces debemos seguir prestándole los servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores la *rechazan*, entonces su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *haya rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir brindando la cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para avanzar hacia el siguiente nivel de apelación, que es manejada por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, usted tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay otros tres niveles de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de una decisión tomada en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, avanzará a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del juez administrativo o mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionarle la atención médica en cuestión.
- Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.
    - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Concejo de apelaciones de Medicare** (Concejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Concejo es parte del gobierno federal.

- Si se acepta su apelación o si el Concejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable para una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*. A diferencia de una decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del Concejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si se rechaza su apelación o si el Concejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.
    - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Concejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le

indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que ha apelado alcanza una cantidad en dólares determinada, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado. Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos que aprobó el juez administrativo o mediador dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.
    - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Concejo de apelaciones de Medicare** (Concejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Concejo es parte del gobierno federal.

- Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado. Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos que aprobó el Concejo dentro de las 72 horas

(24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

- Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.
    - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Concejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, en el aviso se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio de Atención al Cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden tratarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal Servicio de Atención al Cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con Servicios para los Miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a doctores, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O a Servicios para los Miembros u otro personal de nuestro plan? • Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de consulta o para recibir una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un doctor?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le hemos dado un aviso con la debida antelación? • ¿Nuestra información escrita es difícil de comprender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras medidas respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si ha pedido una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos ha pedido una decisión de cobertura rápida o ha solicitado una apelación rápida, y rechazamos su pedido; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para reembolsarle o cubrir determinados artículos médicos, servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Considera que no hemos cumplido los plazos exigidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se denomina **reclamo**.
- **Presentar una queja** también se denomina **interponer un reclamo**.
- **Utilizar el proceso de quejas** también se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.
- Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los Miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los Miembros se lo indicará.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para presentar su reclamo.
  - Si quiere que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los Miembros y pida el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
  - Si bien podemos aceptar un reclamo sin el formulario, no podemos terminar nuestra revisión ni resolver el reclamo si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro del plazo establecido, se rechazará su reclamo. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará cómo usted o un representante válido pueden volver a presentar el reclamo.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- En el caso de los reclamos estándar, intentamos resolver las inquietudes en el primer punto de contacto. Si esto no es posible, intentaremos hacerlo en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha de recepción de su reclamo. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario si pide una extensión o si necesitamos información adicional y demoramos nuestra

respuesta para su conveniencia. Los CMS nos obligan a responder por escrito a todos los reclamos.

- Puede solicitar un reclamo acelerado siempre que extendamos el plazo para tomar una determinación de organización o cobertura, ampliemos el plazo para tomar una decisión de reconsideración o redeterminación, deneguemos su solicitud de apelación acelerada o deneguemos su solicitud de determinación de la organización acelerada. Si desea presentar un reclamo acelerado, puede comunicarse con Servicios para los Miembros al 888.389.6648. Para los reclamos acelerados, respondemos verbalmente en 24 horas si reclamo se recibe oralmente. Si el reclamo acelerado se recibe por escrito, responderemos verbalmente en un plazo de 24 horas Y por escrito en un plazo de tres (3) días calendario a partir de la notificación verbal. Tenga en cuenta que, si al revisar su solicitud de reclamo acelerado vemos que retrasar nuestra decisión no lo perjudicará gravemente desde el punto de vista médico, no aceptaremos la solicitud. Manejaremos su solicitud según los plazos estándar.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que se quiere quejar.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta en esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, le concederemos automáticamente una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le brindemos.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad**. La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de doctores en ejercicio y otros expertos de la salud a quienes el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante nosotros y la Organización para la mejora de la calidad al mismo tiempo**.

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite *www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.* También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:
Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) puede ser **voluntaria** (cuando lo decide usted) o **involuntaria** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque usted ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación voluntaria de su membresía.
- También existen situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted deja nuestro plan, este debe seguir proporcionándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Usted puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como **Período de Inscripción Abierta Anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de Inscripción Anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**
- **Elija si desea mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos con receta.
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien,* Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - Si escoge esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditada para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía en nuestro plan se cancelará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y, para los nuevos beneficiarios de Medicare que se inscriben en un plan MA, también desde el mes en que adquieren el derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de ese derecho.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage** usted puede:
  - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos con receta.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en otro plan de Medicare Advantage o de que recibamos su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

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

En determinadas situaciones, los miembros de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de Inscripción Especial si alguna de las siguientes situaciones aplica a su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Por lo general, si se ha mudado.
- Si tiene Medicaid de Míchigan.
- Si es elegible para recibir “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LTC).

- Si se inscribe en el Programa de atención integral para personas de edad avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Nota: Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos con receta.
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *o bien,* Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditada para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar de plan.

Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede:

- **Llamar a Servicios para los Miembros**.
- Encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2025*** (Medicare y Usted 2025).
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

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

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del plan nuevo.
• Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Su inscripción en **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del plan nuevo.
• Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción** o visitar nuestro sitio web para cancelar la inscripción en línea. Comuníquese con Servicios para los Miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto. • También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

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

Hasta que finalice su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo servicios y artículos médicos y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**

- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red *o de pedido por correo* para obtener sus medicamentos con receta**.
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que lo den de alta** (incluso si lo dan de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) **debe cancelar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:**

- Si ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 12 meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, comuníquese con Servicios para los Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrezca cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para ser miembro de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
- Si permanentemente se comporta de una forma que sea perturbadora y nos dificulte brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
  - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante 90 días.
  - Debemos notificarle por escrito que tiene 90 días para pagar la prima del plan antes de que cancelemos su membresía.

- Si no paga la prima del plan complementario opcional, nos reservamos el derecho a finalizar su membresía en su plan complementario opcional. Esto significa que su membresía en el plan opcional finalizará, pero seguirá siendo miembro de su plan Priority Health Medicare.
  - Debemos notificarle con anticipación y por escrito que no ha pagado su prima.
  - Este aviso por escrito que se envía 60 días antes de la fecha de finalización de su plan complementario opcional sirve para informarle nuestra intención de finalizar sus beneficios.
  - Si no paga su prima antes de la fecha indicada en el aviso previo de finalización involuntaria de su plan complementario opcional, cancelaremos su inscripción.
  - No podremos restablecer sus beneficios hasta el siguiente año del plan o el período de inscripción especial (SEP).
  - Todas las reclamaciones que se produzcan luego de que finalicen sus beneficios complementarios serán su responsabilidad.
- Si usted debe pagar una cantidad adicional de la Parte D por sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los Miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos para dicha cancelación. Además, debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de reclamaciones, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los Miembros. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del CFR, **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre la coordinación de beneficios con terceros pagadores

Sección 4.1 Derechos de recuperación

Como se explicó en la Sección 7 del Capítulo 1 (“Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan”), coordinamos beneficios con terceros pagadores según las normas establidas por Medicare. Incorporamos esas normas de Medicare en esta Evidencia de Cobertura (consulte “Más información” a continuación) en la medida que lo permita la ley. Los terceros pagadores incluyen, entre otros, otra cobertura del plan de salud, seguros de responsabilidad civil (como seguros de responsabilidad civil de automóviles o de propietarios de viviendas), coberturas de automovilista con seguro insuficiente o sin seguro, coberturas “Med-Pay”, planes o seguros de compensación laboral, seguro exento de sanción de culpabilidad, entidades autofinanciadas que proporcionan dicha cobertura, y cualquier otra entidad o persona que sería un pagador principal en virtud de las disposiciones de Pagador secundario de Medicare. Según las normas de Medicare, tenemos derecho a recuperar las cantidades que pagamos por los servicios de los que son responsables los terceros pagadores, incluidas las cantidades que estos le pagan a usted.

Sección 4.2 Subrogación y reembolso

Nuestros derechos de recuperación incluyen un derecho de subrogación (que significa que podemos ponernos en su lugar y demandar directamente a un tercero por las cantidades que pagamos por los servicios que le prestamos como consecuencia de una enfermedad o lesión) y un derecho de reembolso (que significa que tenemos derecho a que nos reembolsen los cobros de dinero que usted reciba o haya recibido de terceros por las cantidades que pagamos por los servicios que le prestamos como consecuencia de una enfermedad o lesión). Se nos otorgan los derechos de subrogación y reembolso que Medicare tiene en virtud de la disposición Pagador secundario de Medicare, en la medida que lo permita la ley. La Ley del Seguro Social se antepone a las leyes o requisitos estatales que podrían de otra forma interferir con estos derechos. Nuestros derechos de recuperación no se ven limitados por las estipulaciones de los acuerdos de conciliación, a menos que seamos parte del acuerdo. Cuando actuamos como proveedor de servicios médicos, nuestra recuperación se basará en el valor razonable de los beneficios proporcionados.

Sección 4.3 Derecho de retención sobre las ganancias

Tendremos un derecho de retención sobre las ganancias de cualquier sentencia, acuerdo u otra recompensa o recuperación que reciba de un tercero pagador por cualquier pago que hayamos efectuado por los servicios de atención médica que le hayamos prestado y se relacionen con las ganancias. Nuestro derecho de retención será la reclamación de primera prioridad sobre las ganancias. Debe conservar las ganancias en fideicomiso para nosotros. La transferencia de las ganancias a un tercero no anula nuestros derechos de recuperación si las ganancias eran o son para su beneficio.

Sección 4.4 Aviso de un posible tercero pagador

Debe enviarnos un aviso tan pronto como sea posible, pero en cualquier caso dentro de treinta (30) días, sobre la presentación de una reclamación o una acción legal contra una persona o entidad que pueda ser un tercero pagador con respecto a los servicios que le proporcionaron como consecuencia de una enfermedad o lesión. Su aviso debe ser por escrito y explicar los motivos de la reclamación. Envíe su aviso a:

Priority Health
Medicare Advantage Subrogation Unit, MS 2205
1231 East Beltline NE
Grand Rapids, Michigan 49525

Sección 4.5 Cooperación

Cuando se solicite, deberá reconocer por escrito nuestros derechos de recuperación. Sin embargo, nuestros derechos de recuperación no dependen de su reconocimiento. Debe comunicarnos por escrito, tan pronto como sea posible, cualquier situación que pueda afectar nuestros derechos conforme a esta sección. Usted debe cooperar con nosotros para ayudarnos a proteger nuestros derechos conforme a esta sección. Ni usted, ni nadie que actúe en su nombre, puede hacer algo que perjudique nuestros derechos conforme a esta sección. Podemos recuperar de usted los gastos en los que incurramos debido a su falta de cooperación para hacer cumplir nuestros derechos conforme a esta sección.

Sección 4.6 Más información

Esta Sección 4 contiene un resumen de nuestros derechos en virtud de las disposiciones Pagador secundario de Medicare. Incorporamos las disposiciones de Pagador secundario de Medicare en esta Evidencia de Cobertura, en la medida que lo permita la ley. Para obtener más información, consulte las disposiciones sobre Pagador secundario de Medicare en la Sección 1862(b) de la Ley del Seguro Social (Sección 1395y(b) del Título 42 del CFR) y subpartes B a H de la Parte 411 del Título 42 del CFR.

Sección 4.7 Definición

Para los fines de esta Sección 4, “usted” significa usted, su herencia, su tutor o cualquier otra persona que actúe en su nombre.

SECCIÓN 5 Aviso sobre la Evidencia de Cobertura: términos vinculantes

Al inscribirse en nuestro plan y aceptar los beneficios bajo esta Evidencia de Cobertura, usted acepta los términos de esta Evidencia de Cobertura, incluidos los términos de este Capítulo 11.

SECCIÓN 6 Aviso sobre las decisiones de cobertura y derechos de apelación

Si desea objetar alguna decisión de cobertura que tomamos respecto a sus beneficios, incluso cualquier decisión de cobertura que involucre las normas para coordinar beneficios, debe seguir los procedimientos del Capítulo 9 “Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)”.

SECCIÓN 7 Aviso sobre prácticas de privacidad

Este Aviso describe cómo puede usarse y compartirse su información de salud personal (personal health information, PHI) y cómo puede acceder a ella.

Nuestro compromiso con usted.
Priority Health y Priority Health Choice, Inc. (que se conocen como “Priority Health”) comprenden la importancia de manipular la PHI con cuidado. Nos comprometemos a proteger la privacidad de la PHI de nuestros miembros en todos los ámbitos. Las leyes estatales y federales requieren que garanticemos la privacidad de su PHI.

Cuando se inscribe en Priority Health o utiliza los servicios prestados por un plan de Priority Health, su PHI puede ser divulgada a Priority Health y por Priority Health. Su PHI se comparte y se utiliza para organizar y supervisar su atención médica, pagar sus reclamaciones médicas y ayudar en las operaciones de atención médica.

La ley federal exige que le proporcionemos este Aviso sobre prácticas de privacidad. Este Aviso establece nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. Además, establece sus derechos legales conforme a estas leyes con respecto al uso y la divulgación de su PHI. Priority Health está obligada por ley a cumplir con los términos del Aviso sobre prácticas de privacidad que se encuentra vigente en la actualidad. También estamos obligados a notificar a aquellas personas afectadas tras una violación de la PHI no segura.

El uso y la compartición de su PHI.
Las siguientes secciones describen las formas en que Priority Health utiliza y comparte su PHI sin su autorización. Su PHI no se comparte con nadie que no tenga “necesidad de conocerla” para realizar una de las tareas que se indican a continuación.

Tratamiento. Priority Health puede utilizar o compartir su PHI con aquellas personas que lo estén tratando y para coordinar y supervisar su atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre sus medicamentos con receta a su proveedor para que pueda comprender mejor cómo proporcionarle atención médica.

Pago. Priority Health puede utilizar su PHI o compartirla con terceros para cobrar primas, establecer la elegibilidad o pagar su atención médica. Por ejemplo, podemos utilizar su PHI cuando recibimos una reclamación de pago. Su reclamación nos informa qué servicios recibió y

puede incluir un diagnóstico. También podemos compartir su PHI con otra compañía de planes de salud si usted tiene cobertura de más de un plan de salud.

Operaciones de atención médica. Priority Health puede utilizar o compartir su PHI con terceros para asistir en las actividades laborales diarias de Priority Health, como evaluar la calidad de su atención, realizar una revisión del uso y llevar a cabo programas de control de enfermedades. Por ejemplo, su PHI (junto con la de otros miembros de Priority Health) puede ser utilizada por el personal de Priority Health para revisar la calidad de la atención prestada por los proveedores de atención médica. Priority Health también puede utilizar y compartir su PHI para la suscripción, inscripción y otras actividades relacionadas con la creación, renovación o reemplazo de un plan de salud. Sin embargo, Priority Health no puede utilizar ni compartir información genética para decidir si le proporcionará cobertura y el precio de esta.

Tenga en cuenta que no destruimos su PHI cuando finaliza su cobertura con nosotros. Puede ser necesario utilizar y compartir su PHI para los fines descritos anteriormente, incluso después de que finalice su cobertura. Se mantendrán las políticas y procedimientos de protección de la privacidad para evitar que su PHI se utilice o comparta de forma incorrecta.

A usted y a su representante personal. Podemos compartir su PHI con usted o con su representante personal, que es una persona que tiene el derecho legal de actuar en su nombre.

A otras personas que participan en su atención. En determinadas circunstancias, podremos compartir su PHI con un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique si están involucrados en su atención médica o en el pago de la atención médica. Por ejemplo, podemos analizar con usted una decisión sobre una reclamación en presencia de un amigo o un familiar, salvo que usted se oponga.

Si no puede decirnos sus preferencias, por ejemplo, si está inconsciente, compartiremos su PHI si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su PHI cuando sea necesario para aminorar una amenaza grave para la salud o la seguridad.

Esto también se aplica al Acuerdo de Atención Médica Organizada (Organized Health Care Arrangement, OHCA) entre Priority Health y Corewell Health. Priority Health compartirá su PHI con Corewell Health para los fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Priority Health se reserva el derecho legal de que cualquier persona u organización cambie su participación en el OHCA entre Priority Health y Corewell Health.

Otros usos y compartición de su PHI sin su autorización por escrito.
Priority Health está autorizada o tiene la obligación de compartir su PHI de otras formas, normalmente para contribuir al bien público, como la salud pública y la investigación. Además, Priority Health puede utilizar o divulgar su PHI:

- Cuando lo exija la ley.
    - Para los fines del cumplimiento de la ley.
    - Cuando sea necesario para los procedimientos judiciales o administrativos, como procesos judiciales.

  - Para el cumplimiento de los requisitos de compensación laboral, según lo autorice la ley aplicable.
  - Para diversas funciones gubernamentales, como a organismos de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, a las Fuerzas Armadas para el personal activo, a las Agencias de Inteligencia para la seguridad nacional y al Departamento de Estado por motivos de servicios en el extranjero, como, por ejemplo, autorización de seguridad.
  - Según sea necesario para que un doctor forense, examinador médico, funcionario del cumplimiento de la ley o director de funeraria lleve a cabo sus obligaciones legales con respecto a una persona fallecida o a organizaciones de donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos cadavéricos.
- Para asuntos de interés público.
  - Para informar el abuso, abandono o violencia doméstica de adultos.
  - Para prevenir una amenaza grave para la salud y la seguridad de una persona o una comunidad.
  - Para informar a las organizaciones de obtención de órganos y donación de tejidos.
  - Para actividades de salud y seguridad pública, incluido el control de enfermedades y el informe del Registro Civil, el informe de abusos de menores y la supervisión de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
  - Para fines de investigación, siempre que se cumplan las normas de privacidad de investigación aplicables.
  - Para hacer una recopilación de información anónima, que es PHI que no puede identificarlo.
  - Ocasionalmente, contratamos a terceros, denominados socios comerciales, para que nos presten diversos servicios. Siempre que un tercero implique el uso o la compartición de su PHI, tendremos un contrato escrito con dicho tercero diseñado para proteger la privacidad de su PHI. Por ejemplo, podemos compartir su PHI con los socios comerciales que procesan las reclamaciones o llevan a cabo programas de control de enfermedades en nuestro nombre.

El uso y la compartición de su PHI con patrocinadores de planes de salud grupales.
Esta sección del Aviso sobre prácticas de privacidad solo se aplica a los planes de salud grupales.

Priority Health puede compartir PHI con el patrocinador de su plan de salud grupal, generalmente su empleador, sobre si está inscrito o se ha cancelado su inscripción en el plan de salud grupal. Priority Health también puede compartir información de salud resumida con el patrocinador, que es un resumen de la cantidad, el tipo y el historial de las reclamaciones abonadas en virtud del plan de salud grupal del patrocinador con la mayor parte de los datos de identificación eliminados, como su nombre, edad y dirección, excepto el código postal. El patrocinador puede utilizar esta información para obtener ofertas de primas para la cobertura del plan de salud o para decidir si modifica, enmienda o pone fin al plan. Si el patrocinador de su plan de salud grupal toma las medidas adecuadas para cumplir con las regulaciones de privacidad

federales, Priority Health también podrá compartir su PHI con el patrocinador para que administre el plan de salud grupal.

Otros usos y compartición de su PHI únicamente mediante autorización por escrito.
Priority Health no podrá utilizar ni compartir su PHI sin su autorización escrita, salvo como se describe en este Aviso. Puede autorizarnos por escrito a utilizar su PHI o a compartirla con cualquier persona con cualquier fin. Si nos brinda una autorización escrita, puede retirarla en cualquier momento notificando por escrito al departamento de Cumplimiento de Priority Health. Si revoca su autorización escrita, dejaremos de utilizar o compartir su PHI por los motivos contemplados en su autorización escrita, pero esto no afectará ningún uso ni compartición permitidos por la autorización escrita mientras estaba vigente. También debemos obtener su autorización escrita para vender PHI sobre usted a terceros o, en la mayoría de los casos, para utilizar o compartir su PHI para enviarle comunicaciones sobre productos y servicios. Sin embargo, no necesitamos su autorización escrita para enviarle comunicaciones sobre productos o servicios relacionados con la salud, siempre que los productos o servicios estén asociados a su cobertura o los ofrezcamos nosotros.

Nunca venderemos su PHI ni la utilizaremos o compartiremos con fines comerciales sin su autorización escrita.

Debemos recibir su autorización escrita para compartir notas de psicoterapia, excepto para determinadas actividades de tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

Uno de sus padres, un tutor legal o un defensor del paciente debidamente designado puede representarlo y proporcionarnos o revocar una autorización escrita para utilizar o compartir su PHI si usted no puede proporcionar una autorización. Es posible que se requieran documentos judiciales para verificar esta autoridad.

Posible impacto de otras leyes aplicables.
La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) no suele prevalecer ni anular otras leyes que les otorguen a las personas más protecciones de privacidad. Por lo tanto, si alguna ley de privacidad estatal o federal nos exige que le proporcionemos más protecciones de privacidad, estamos obligados a cumplir con esa ley además de la HIPAA.

Nuestras políticas y procedimientos.
Contamos con políticas y procedimientos que protegen la privacidad de su PHI.

- Todos los empleados reciben capacitación al ser contratados y una vez al año.
- Todos los empleados deben reconocer que entienden que están obligados a proteger la PHI de los miembros. También se les informa de las medidas que tomará la empresa si no se siguen las políticas de privacidad.
- Priority Health controla estrictamente el acceso a la información electrónica y en papel específica de los miembros. Solo los usuarios autorizados con contraseña tienen acceso a la información electrónica. La información en papel se almacena en lugares seguros. Solo se

permite el acceso a quienes lo necesitan para gestionar la atención de los miembros o con fines administrativos.

Sus derechos legales con respecto a su PHI.
Tiene los siguientes derechos legales:

Derecho legal a inspeccionar y copiar. Tiene el derecho legal a consultar y obtener una copia de la PHI que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su atención y el pago de la misma, siempre que la conservemos. Existen casos limitados en los que podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar estos registros. Si se le deniega el acceso a su PHI, puede solicitar que se revise la denegación. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle un cargo por el costo de las copias, el envío por correo y otros costos relacionados con su solicitud.

Para consultar y obtener una copia de su PHI, póngase en contacto con el departamento de Cumplimiento de Priority Health.

Derecho legal a corregir su historial de salud y de reclamaciones.
Tiene el derecho legal a solicitar que Priority Health modifique cualquier PHI que utilicemos para tomar decisiones sobre usted. Por lo general, Priority Health no modificará estos registros si no los hemos creado o si determinamos que son precisos y están completos. Para solicitar que modifiquemos su PHI, debe escribir al departamento de Cumplimiento de Priority Health e incluir un motivo que justifique el cambio.

Derecho legal a conocer un informe de divulgaciones. Tiene el derecho legal a solicitar un informe de divulgaciones, que es una lista de las ocasiones en las que hemos compartido su PHI durante los 6 años previos a la fecha de su solicitud. La lista de divulgaciones no incluirá las veces que se compartió la PHI:

- Para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.
- A usted o su representante personal.
- A cualquier persona que haya autorizado por escrito.
- Para fines de inteligencia o seguridad nacional.
- A instituciones penitenciarias o a las fuerzas del orden público, como se describe en este Aviso.
- Como parte de un conjunto de datos limitado, que es una recopilación de PHI que no lo identifica directamente.

Su solicitud debe indicar de qué forma quiere la lista, por ejemplo, impresa o digital. La primera lista que solicite en un plazo de 12 meses será gratuita. Podemos cobrarle por los costos de proporcionarle listas adicionales. Le notificaremos el costo y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que le cobremos cualquier costo.

Derecho legal a solicitar restricciones. Tiene derecho legal a solicitar que se limite la PHI que utilizamos o compartimos sobre usted. La ley no nos obliga a aceptar a su solicitud. Si aceptamos su solicitud de restricción, la cumpliremos a menos que la PHI sea necesaria para proporcionar un tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacerlo por escrito al departamento de Cumplimiento de Priority Health. En su solicitud, debe indicarnos lo siguiente:

- Qué PHI desea limitar.
- Si desea limitar nuestro uso, compartición o ambos.
- Para quién desea que se apliquen los límites.

Priority Health le notificará, ya sea por escrito o por teléfono, la recepción de su solicitud y las restricciones con las que estamos de acuerdo.

Derecho legal a solicitar comunicaciones confidenciales. Puede solicitar que Priority Health se comunique con usted a través de otros medios o en un lugar diferente. Por ejemplo, puede que desee que le enviemos PHI, como la Explicación de beneficios (EOB) y otra información sobre reclamaciones, a una dirección diferente. Priority Health aceptará su solicitud si indica claramente por escrito que comunicarse con usted sin utilizar otros medios o un lugar diferente podría ponerlo en peligro. Priority Health se adaptará a su solicitud si es razonable, si especifica cuáles son los otros medios o el lugar diferente y si nos permite cobrar las primas y pagar las reclamaciones.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacerlo por escrito al departamento de Cumplimiento de Priority Health.

Derecho legal a una copia impresa de este aviso. Tiene el derecho legal a recibir una copia impresa del Aviso sobre prácticas de privacidad actual de Priority Health cuando lo solicite. Para obtener una copia impresa de este aviso, llame a nuestro departamento de Servicio de Atención al Cliente. De lo contrario, también puede imprimir una copia de este aviso desde nuestro sitio web ***priorityhealth.com***.

Quejas.
Si cree que se han incumplido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Priority Health o la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) de los EE. UU. Para presentar una queja ante Priority Health, llame por teléfono o envíe una explicación por escrito del problema al departamento de Privacidad de Priority Health. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

Nuestras responsabilidades.
Priority Health tiene las siguientes responsabilidades:

- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su PHI.
- Le informaremos con prontitud si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su PHI.

- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este Aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su PHI de otra forma distinta a la que se describe aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos avisa que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Cambios en este Aviso.
Priority Health se reserva el derecho a modificar en cualquier momento sus prácticas privacidad y los términos de este Aviso. Cualquier cambio en nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad surtirá efecto para toda la PHI que mantengamos, independientemente de cuándo fue creada o recibida. Proporcionaremos una copia del Aviso nuevo (o información sobre los cambios en nuestras prácticas de privacidad y cómo obtener el Aviso nuevo) en nuestro próximo envío anual a los miembros que en ese momento tengan la cobertura de alguno de nuestros planes de salud. El Aviso nuevo también estará disponible cuando lo soliciten y se publicará en nuestro sitio web.

Información de contacto.
Si tiene alguna pregunta sobre cómo puede utilizarse y compartirse su PHI y cómo acceder a ella, comuníquese con el departamento de Privacidad de Priority Health.

Para cualquier otra pregunta o duda, comuníquese con el departamento de Cumplimiento de Priority Health.

Departamento de Cumplimiento de Priority Health:

Priority Health Compliance Department
1231 East Beltline NE
Grand Rapids, MI 49525
616.942.0954
800.942.0954

Departamento de Privacidad de Priority Health:

Priority Health
Chief Privacy Officer
100 Michigan Street NE
Grand Rapids, MI 49503
616.486.4113

Este aviso queda vigente a partir del 1 de septiembre de 2019

CAPÍTULO 12:
Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: zona geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué doctores y hospitales usted puede utilizar, también suele ser el área en la que puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) presta un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autoadministrado: un medicamento autoadministrado es aquel que normalmente tomaría solo por vía oral, se lo colocaría en la piel (tópico), lo inyectaría por vía subcutánea o lo inhalaría.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa se indican en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención médica a domicilio: una persona que presta servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

"Ayuda Adicional": un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Beneficios complementarios opcionales: beneficios que Medicare no cubre y que se pueden comprar por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Para obtener los beneficios complementarios opcionales debe elegirlos voluntariamente.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a las leyes estatales.

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales. En la farmacia, algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original sin necesidad de una nueva receta (consulte "**Biosimilar intercambiable**").

Cancelar o **Cancelación:** el proceso de cancelar su membresía en nuestro plan.

Cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierta cantidad, pagará la cantidad estándar de la prima y una cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso, también conocida como IRMAA. La IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Cantidad máxima que paga de su bolsillo: la cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la red. Las cantidades que paga por las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en la cantidad máxima que paga de su bolsillo.

Cantidad permitida: la cantidad máxima que el plan pagará a los proveedores por los servicios o suministros cubiertos.

Cargo máximo: cantidad máxima que puede cobrar un proveedor por los servicios y suministros de atención médica cubiertos.

Centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación especializada prestados todos los días de manera continua en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede aplicar un enfermero matriculado o un doctor.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que presta principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supera las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditada para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare, por lo general, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Copago: una cantidad que pueden pedirle que pague como la parte que le corresponde del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta con el doctor, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, $10), más que un porcentaje.

Coseguro: una cantidad que pueden pedirle que pague, expresada en forma de porcentaje (por ejemplo, 20%), como la parte que le corresponde de los costos de los servicios o los medicamentos con receta después de que pague los deducibles.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su doctor le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe realizar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

Costo compartido estándar: el costo compartido estándar es distinto al costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Costo compartido preferido: el costo compartido preferido es el costo compartido más bajo para ciertos medicamentos de la Parte D cubiertos en determinadas farmacias de la red.

Costo compartido: se refiere a las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) un deducible que el plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) un copago fijo que el plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) un coseguro, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento, que el plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial que pueden brindar personas que no tienen habilidades ni capacitación profesional, incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o sentarse y levantarse de la silla, desplazarse, e ir al baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como ponerse gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y la cantidad, si la hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan acerca de si los servicios o artículos están cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su doctor por razones médicas. Algunos ejemplos son: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de Cobertura Inicial: esta es la etapa antes de que los costos totales que paga de su bolsillo para el año alcancen la cantidad límite que paga de su bolsillo.

Etapa de Cobertura para Catástrofes: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado $2,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, si nuestro plan le exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de los criterios o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un doctor u hospital) le factura al paciente más que la cantidad del costo compartido permitido del plan. Como miembro de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS), solo tiene que pagar las cantidades de costos compartidos de nuestro plan cuando reciba servicios cubiertos por el mismo. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** ni que le cobren, de otra manera, más que la cantidad del costo compartido que su plan indica que usted debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Formulario (“Lista de Medicamentos” o Lista de Medicamentos Cubiertos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan y aprobados por Medicare.

Hospicio: un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Podrá seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: es cuando lo ingresan formalmente al hospital para que reciba servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

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

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de determinados medicamentos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites se pueden aplicar a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

"Lista de Medicamentos": consulte Formulario.

Lista de Medicamentos Cubiertos: consulte Formulario.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid pueden variar, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca comercial: medicamento con receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca comercial tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca comercial.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca comercial. Un medicamento genérico suele tener el mismo efecto que un medicamento de marca comercial pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden tener cobertura de la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Algunos grupos de medicamentos han sido excluidos como medicamentos cubiertos de la Parte D por el Congreso. Ciertos grupos de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertos por todos los planes.

Medicare Original (**Medicare Tradicional** o plan de Medicare con **pago por servicio**)**:** Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades de pago establecidas por el Congreso. Puede consultar con cualquier doctor, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la parte que le corresponde a usted. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Medicare: es el programa federal de seguros médicos destinado a personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción han confirmado los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Multa por inscripción tardía de la Parte D): una cantidad que se suma a su prima mensual de la cobertura para medicamentos de Medicare si usted no tiene una cobertura acreditada (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la Lista de Medicamentos Cubiertos está en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de doctores en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: la manera en que Medicare Original mide su uso de los servicios hospitalarios y de los centros de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en hospital o en un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: el plazo de tiempo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo en que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de Inscripción Anual: período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Período de Inscripción Especial: un tiempo establecido para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Medicare Original. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

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

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriban en el plan. Incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes de Medicare Cost, los planes de necesidades especiales, los Programas piloto/de demostración y los Programas de atención integral para personas de edad avanzada (PACE).

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de una Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por una cantidad de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando reciba los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de costos que paga de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de total combinado de costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un Plan Privado de Pago por Servicio (Private Fee for Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes de **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para personas de edad avanzada) combina servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) para personas frágiles con el fin de ayudarlas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) siempre que sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que venden compañías de seguros privadas para cubrir los *períodos sin cobertura* de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud por cobertura de salud o de medicamentos con receta.

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

Producto biológico: un medicamento con receta elaborado con recursos naturales y vivos como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Programa de descuentos de los fabricantes: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagarán una parte del costo total del plan por medicamentos de marca comercial y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el doctor u otro proveedor con quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para referirnos a doctores, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y el Estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no emplea, reconoce ni dirige nuestro plan.

Punto de servicio (POS): punto de servicio significa que puede asistir a proveedores que están fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 3 para obtener información sobre cómo usar la opción de punto de servicio).

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio de Atención al Cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

“Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real): una aplicación del portal o la computadora en la que los afiliados pueden buscar el formulario específico para el afiliado y la información sobre beneficios completa, precisa, vigente y clínicamente adecuada. Esto incluye cantidades de costo compartido, medicamentos del formulario alternativos que se pueden utilizar para la misma afección de salud que el medicamento dado y restricciones de cobertura (Autorización previa, Tratamiento escalonado, Límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias; por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de su atención. No involucra disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales como visión, cuidado dental o audición, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable obtener tal servicio por parte de los proveedores de la red con quienes el plan tiene contrato teniendo en cuenta el momento, el lugar y las circunstancias. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina a los proveedores médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran servicios de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios para los Miembros: un departamento de nuestro plan que se encarga de responder a sus preguntas sobre membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que usted pruebe otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que le recetó el doctor en primer lugar.

Servicios para los Miembros de PriorityMedicare Vintage (HMO-POS)

Método	Servicios para los Miembros: información de contacto
LLAME AL	888.389.6648 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Servicios para los Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	616.942.0995
ESCRIBA A	Customer Service Department, MS 1115 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave, NE Grand Rapids, MI 49525 *MedicareCS@priorityhealth.com*
SITIO WEB	*priorityhealth.com/vintage25*

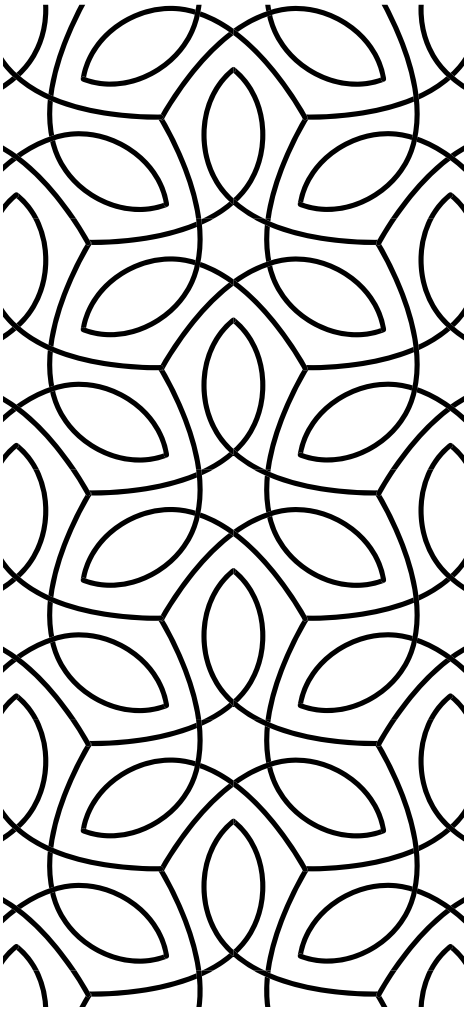
Programa de asistencia de Medicare/Medicaid de Míchigan (MMAP)

El Programa de asistencia de Medicare/Medicaid de Míchigan (MMAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	800.803.7174 o marque 211
ESCRIBA A	MMAP 6015 W St Joseph Hwy Ste. 103, Lansing MI 48917
SITIO WEB	*mmapinc.org*

Declaración sobre la divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). *De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

La red de farmacias de **Priority**Medicare Vintage incluye farmacias preferidas de bajo costo limitadas en Míchigan. Es posible que los costos más bajos anunciados en nuestros materiales del plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluso si hay farmacias preferidas de bajo costo en su área, llame al 888.389.6648, los usuarios de TTY deben llamar al 711, o consulte el Directorio de Farmacias en línea en *priorityhealth.com/vintage25*.



Priority Health

prioritymedicare.com

H2320_1100115025l0_C ©2024 Priority Health PH_30628-3.4 07/24