2026

Manual para el afiliado

PriorityMedicare® Dual Premier (HMO D-SNP) ofrecido por Priority Health

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Aprobación de la OMB: 0938-1051 (vencimiento: 31 de agosto de 2026)
H8379_110011502600_C

Manual para el afiliado de PriorityMedicare Dual Premier® (HMO-DSNP)

Aprobación de OMB: 0938-1444 (vencimiento: 30 de junio de 2026)

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Su cobertura de salud y de medicamentos mediante PriorityMedicare Dual Premier

Introducción *al Manual para el afiliado*

En este *Manual para el afiliado, también conocido como Evidencia de cobertura,* se brinda información sobre la cobertura que recibirá mediante nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2026*.* Se explican los servicios para el cuidado de la salud, los servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias), la cobertura de medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo, según sea necesario. La terminología clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **capítulo 12** de este *Manual para el afiliado*.

Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.

Cuando en este *Manual para el afiliado* se menciona “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere a **Priority**Medicare Dual Premier.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, en braille o en audio. Para ello, llame a Atención al Cliente al número que figura en la parte inferior de esta página. La llamada es gratuita.

Nuestro plan también le puede proporcionar los materiales importantes del plan en otros idiomas además del inglés y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener los materiales importantes del plan en alguno de estos formatos alternativos, puede usar alguno de los siguientes métodos a fin de presentar una solicitud:

- Comuníquese con nuestro equipo de Atención al Cliente al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este.

- Cree una cuenta de afiliado e inicie sesión en ella en *member.priorityhealth.com* para enviarnos un mensaje seguro.

- Envíe una solicitud por escrito a:
  Priority Health
  1231 East Beltline Ave. NE
  Grand Rapids, MI 49525

Al recibir su solicitud, a menos que indique que se trata de una necesidad única, seguiremos enviándole correos y comunicaciones futuras en el idioma o formato preferido. Si en algún momento desea actualizar o cambiar sus preferencias, puede utilizar cualquiera de los métodos de contacto anteriores.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y de ayudas y servicios auxiliares

Ofrecemos servicios de asistencia lingüística gratuitos y ayudas y servicios auxiliares.

Albanian (Shqip) - VINI RE: Nëse flisni shqip, shërbime falas të ndihmës së gjuhës janë në dispozicion për ju. Ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të përdorshme janë gjithashtu në dispozicion falas. Telefononi 800.942.0954 (TTY: 711) ose bisedoni me ofruesin tuaj të shërbimit.

Arabic (العربية) - تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 800.942.0954 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Assyrian (ܣܘܪܝܝܐ) - ܬܘܟܝ: ܐܢ ܐܢܬ ܡܬܟܠܡ ܠܫܢ̈ܐ ܣܘܪܝܝܐ، ܫܝܪ̈ܘܬ̈ ܕܥܙܪ̈ܐ ܠܫܢ̈ܝܐ ܕܠܐ ܡܓܒ̈ܝܢ ܠܟ ܒܚܠܦ ܬܫܠܘܡ. ܐܝܟ ܗܘ ܕܡ̈ܝ ܫܝܪ̈ܘܬ̈ ܥܙܪ̈ܐ ܘܫܝܪ̈ܘܬ̈ ܫܘܬ̈ܦ̈ܘܬ̈ ܕܡ̈ܝ ܐܝܟ ܕܡ̈ܝ ܠܡܫܬ̈ܡܫ̈ ܒ̈ܗ ܒ̈ܐ ܕܒ̈ܥ̈ܐ ܠܡ̈ܝ ܐ̈ܢ ܐ̈ܢ ܐ̈ܢ

English - ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 800.942.0954 (TTY: 711) or speak to your provider.

French (Français) - ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 800.942.0954 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

German (Deutsch) - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 800.942.0954 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Haitian Creole (Kreyòl Ayisyen) - ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 800.942.0954 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

Hindi (हिंदी) - ध्यान दें: यदद आप द िंदी बोलते ैं, तो आपके दलए दनिः शुल्क भाषा स ायता सेवाएि उपलब्ध ोती ैं। सुलभ प्रारूपोिं में जानकारी प्रदान करने के दलए उपयुक्त स ायक साधन और सेवाएँ भी दनिः शुल्क उपलब्ध ैं। 800.942.0954 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Italian (Italiano) - ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'800.942.0954 (TTY: 711) o parla con il tuo fornitore.

Japanese (日本語) - 注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。800.942.0954 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Korean (한국어) - 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 800.942.0954 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Polish (Polski) - UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 800.942.0954 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Russian (Русский) - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 800.942.0954 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Serbian (Srpski) - ПАЖЊА: Ако говорите језиком који није енглески, доступне су вам услуге бесплатне помоћи у вези језика. Одговарајућа помоћна средства и услуге ради пружања информација у приступачном формату су такође доступни без накнаде. Позовите 800.942.0954 (TTY: 711) или разговарајте са пружаоцем услуга.

Spanish (Español) - ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 800.942.0954 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Tagalog - PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 800.942.0954 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Urdu (اردو) - توجہ دیں: اگر آپ اردو بول ے ت ہ نی، تو آپ کے ل نی زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہ نی۔ قابل رسا یئ فارمیٹس م نی معلومات فراہم کر ے ن کے ل نی مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہ نی 800.942.0954 (TTY: 711) پرکال کریں یا اپ ے ت فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Vietnamese (Tiếng Việt) - LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 800.942.0954 (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Índice

Capítulo 1: Aspectos básicos para el afiliado.....7

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes 20

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para recibir atención médica y otros servicios cubiertos 39

Capítulo 4: Tabla de beneficios.....60

Capítulo 5: Cómo obtener su plan de medicamentos como paciente ambulatorio 162

Capítulo 6: El monto que paga por los medicamentos de Medicare y Michigan Medicaid 186

Capítulo 7 Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....202

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades 209

Capítulo 9. Qué hacer si tiene algún problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos).....230

Capítulo 10: Cómo terminar su afiliación a nuestro plan.....284

Capítulo 11: Avisos legales.....292

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes 295

Descargos de responsabilidad

- Los beneficios o copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2027.
- Nuestros medicamentos cubiertos, red de farmacias o red de proveedores también pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre los cambios que pueden afectarlo con, como mínimo, 30 días de anticipación.
- **Priority**Medicare Dual Premier es un plan de salud que tiene contrato tanto con Medicare como con Michigan Medicaid para brindar a sus afiliados los beneficios de ambos programas. La inscripción depende de la renovación del contrato.

Capítulo 1: Aspectos básicos para el afiliado

Introducción

En este capítulo, se presenta información sobre **Priority**Medicare Dual Premier, un plan de salud que tiene contrato tanto con Medicare como con Michigan Medicaid para brindarle todos los servicios de Medicare y de Michigan Medicaid, así como sobre su afiliación a este plan. También se indica qué debe esperar y qué otra información recibirá de nosotros. La terminología clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para el afiliado*.

Índice

A. Le damos bienvenida a nuestro plan 9

B. Información sobre Medicare y Michigan Medicaid 9

B1. Medicare 9

B2. Michigan Medicaid 9

C. Ventajas de nuestro plan 10

D. Área de servicio de nuestro plan 11

E. Qué lo hace elegible para afiliarse al plan 11

F. Qué debe esperar cuando se inscriba por primera vez en nuestro plan de salud 12

G. Su equipo de atención y su plan de atención 12

G1. Equipo de atención 12

G2. Plan de atención 12

H. Sus costos mensuales de PriorityMedicare Dual Premier 13

H1. Prima del plan 14

H2. Prima mensual de la Parte B de Medicare 14

H3. Monto del pago de medicamentos con receta de Medicare 15

I. Este Manual para el afiliado 15

J. Otra información importante que le damos 15

J1. Su tarjeta de identificación de afiliado 15

J2. Directorio de proveedores y farmacias 16

J3. Lista de medicamentos cubiertos 17

J4. Explicación de beneficios 18

K. Cómo mantener actualizado su registro de afiliación 18

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI) 19

A. Le damos bienvenida a nuestro plan

PriorityMedicare Dual Premier brinda servicios de Medicare y de Michigan Medicaid a las personas que son elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud conductual y otros proveedores. También contamos con administradores de atención y equipos de atención para que pueda administrar a sus proveedores y servicios. Todos ellos colaboran estrechamente para proporcionarle la atención que necesita.
La empresa matriz de **Priority**Medicare Dual Premier es Corewell Health.

B. Información sobre Medicare y Michigan Medicaid

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud destinado a las siguientes personas:

- personas de 65 años o más;
- algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades;
- personas con enfermedad renal en fase terminal (insuficiencia renal).

B2. Michigan Medicaid

Michigan Medicaid es el nombre del programa de Medicaid de Míchigan. A Michigan Medicaid lo administra el estado y lo paga el estado y el gobierno federal. Michigan Medicaid ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) y los costos médicos. Cubre los servicios adicionales y los medicamentos que Medicare no cubre.

Cada estado decide lo siguiente:

- lo que cuenta como ingresos y recursos;
- las personas que son elegibles;
- los servicios que se cubren;
- el costo de los servicios.

Los estados también pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando sigan las normas federales.

Medicare y el estado de Míchigan aprobaron nuestro plan. Puede recibir servicios de Medicare y de Michigan Medicaid mediante nuestro plan siempre que suceda lo siguiente:

- elijamos ofrecer el plan;
- Medicare y el estado de Míchigan nos permitan seguir ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de funcionar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y de Michigan Medicaid no se verá afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora obtendrá todos los servicios cubiertos por Medicare y por Michigan Medicaid mediante nuestro plan, incluidos los medicamentos. **No tiene que pagar ningún monto adicional por inscribirse en este plan de salud.**

Ayudamos a que los beneficios de Medicare y de Medicaid funcionen mejor tanto en conjunto como para usted. Entre algunas de las ventajas se incluyen las siguientes:

- Puede trabajar con nosotros para satisfacer **la mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Cuenta con un equipo de atención que ayuda a conformar. Su equipo de atención puede estar compuesto por usted, su cuidador, médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un administrador de atención. Es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para elaborar un plan de atención.
- Puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y del administrador de atención.
- Su equipo de atención y su administrador de atención trabajan con usted a fin de elaborar un plan de atención con el que pueda satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que dicho equipo se asegura de que suceda lo siguiente:
    - Sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para poder verificar que sean los correctos y reducir los efectos secundarios que estos puedan causarle.
    - Los resultados de las pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Míchigan: Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, Macomb, St. Joseph, Van Buren y Wayne.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Consulte el **capítulo 8** de este *Manual para el afiliado* a fin de obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Qué lo hace elegible para afiliarse al plan

Es elegible para afiliarse a nuestro plan siempre y cuando cumpla con lo siguiente:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio, incluso si están físicamente ubicadas en ella);
- tenga la Parte A y la Parte B de Medicare;
- sea ciudadano estadounidense o cuente con residencia legal en los Estados Unidos;
- en la actualidad, sea elegible para Michigan Medicaid;
- tenga 21 años o más en el momento de la inscripción, incluidas las personas mayores de 21 años atendidas por el Programa de Servicios para el Cuidado de la Salud Especiales para Niños (CSHCS, por sus siglas en inglés);
- reciba beneficios completos de Medicaid (esto incluye a las personas que son elegibles para Medicaid mediante los límites de elegibilidad financiera en virtud de una exención 1915[c] o que residen en un centro de enfermería, incluidas aquellas que tienen un monto mensual de pago como paciente).

Si pierde la elegibilidad, pero se espera que la recupere dentro de los 3 meses, seguirá siendo elegible para nuestro plan.

Para obtener más información, llame a Atención al Cliente.

F. Qué debe esperar cuando se inscriba por primera vez en nuestro plan de salud

Cuando se inscriba por primera vez en nuestro plan, se le hará una evaluación de riesgos de salud (HRA, por sus siglas en inglés) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de entrada en vigor de su inscripción. Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para elaborar el plan de atención. En la HRA, se incluyen preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales.

Nos comunicamos con usted para completarla. Podemos completar la HRA mediante una consulta presencial, una llamada telefónica o por vía electrónica.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

PriorityMedicare Dual Premier debe mantener sus proveedores actuales y los servicios que recibe en el momento de la inscripción. Esto incluye medicamentos y proveedores que no forman parte de nuestra red. El tiempo que seguirá recibiendo estos servicios depende de los servicios que reciba y del motivo por el que los recibe. Solo después de completar la HRA consideraremos algún cambio en los servicios que recibe en el momento de la inscripción.

G. Su equipo de atención y su plan de atención

G1. Equipo de atención

Con la ayuda del equipo de atención, puede seguir recibiendo la atención que necesita. Este equipo puede estar conformado por su médico, un administrador de atención u otra persona relacionada con la salud que usted elija.

El administrador de atención es una persona capacitada que puede brindarle ayuda para administrar la atención que necesita. Accede a un administrador de atención cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también lo deriva a otros recursos comunitarios que nuestro plan puede no proporcionar y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que figuran en la parte inferior de la página para obtener más información sobre su administrador de atención y su equipo de atención.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de atención. En el plan de atención, se les detalla a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. En él, se incluyen los servicios médicos, de salud conductual, de LTSS y de otro tipo. El plan de atención se centrará en sus metas, teniendo en cuenta sus inquietudes, deseos,

necesidades y fortalezas. En él, se resumirá su estado de salud y su plan para abordar las inquietudes que tenga. Se le pedirá que firme el plan de atención una vez que esté conforme con él.

En el plan de atención, se incluye lo siguiente:

- sus metas de atención médica;
- un cronograma para obtener los servicios que necesita;
- sus valores culturales y las necesidades y preferencias de comunicación;
- sus preferencias en cuanto a atención, servicios y apoyos;
- su lista priorizada de inquietudes, metas, objetivos y fortalezas;
- proveedores, apoyos y servicios específicos, incluidos el monto, el alcance y la duración;
- un resumen de su estado de salud;
- el plan para abordar sus inquietudes o metas y las medidas para alcanzarlas;
- las personas responsables de brindarle ayuda para alcanzar sus metas;
- las fechas de vencimiento de las intervenciones y la revaluación;
- un plan para satisfacer las necesidades sociales relacionadas con la salud, como la seguridad alimentaria o de vivienda.

Su equipo de atención se reúne con usted después de completar la HRA. Le preguntarán sobre los servicios que necesita. También le informarán sobre los servicios que tal vez le interese considerar. El plan de atención se crea en función de sus necesidades y metas. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar este plan, como mínimo, una vez al año.

H. Sus costos mensuales de PriorityMedicare Dual Premier

Por este plan, no paga ninguna prima mensual por separado.

Si pierde el subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) o Medicaid, es posible que deba pagar una prima. Si esto ocurre, se le enviará una factura. Sus costos incluyen los siguientes:

- Prima del plan (**sección H1**)

- Prima mensual de la Parte B de Medicare (**sección H2**)

En algunas situaciones, la prima del plan puede ser menor.

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda adicional”. El Programa “Ayuda adicional” brinda asistencia a las personas de recursos limitados a pagar sus medicamentos. Obtenga más información sobre este programa en la **sección I1 del capítulo 2**. Si cumple con los requisitos, inscribirse en este programa podría bajar su prima mensual del plan.

Si *ya* recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas de este *Manual para el afiliado* no se aplica a usted.** Le enviaremos un encarte por separado, llamado “Cláusula particular adicional de evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para el pago de medicamentos con receta” (también conocido como “Cláusula particular adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula particular adicional de LIS”), que le brinda información sobre la cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame a Atención al Cliente al número que figura en la parte inferior de esta página y solicite la “Cláusula particular adicional de LIS”.

H1. Prima del plan

Nuestro plan no tiene ninguna prima.

H2. Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos afiliados están obligados a pagar otras primas de Medicare

Como se explica en la **sección E** anterior, a fin de ser elegible para nuestro plan, debe mantener la elegibilidad para Medicaid, así como tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. En el caso de la mayoría de los *afiliados* a **Priority**Medicare Dual Premier, Medicaid paga la prima de la Parte A de Medicare (si no califican de manera automática) y la prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, debe seguir pagándolas para mantener la afiliación a nuestro plan. Esto incluye la prima de la Parte B de Medicare. También puede pagar una prima por la Parte A de Medicare si no es elegible para la Parte A de Medicare sin prima. **Además, comuníquese con Atención al Cliente o con su administrador de atención para avisarles que hizo este cambio.**

H3. Monto del pago de medicamentos con receta de Medicare

Si participa en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, recibirá una factura del plan por los medicamentos (en lugar de pagarle a la farmacia). La factura mensual se basa en lo que debe por las recetas que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses que quedan en el año.

En el **capítulo 2,** se explica más sobre el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del **capítulo 9** para presentar un reclamo o una apelación.

I. Este Manual para el afiliado

Este *Manual para el afiliado* es parte del contrato que tenemos con usted. Esto significa que tenemos que obedecer todas las normas que contiene este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas normas, puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **capítulo 9** de este *Manual para el afiliado* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
Si quiere solicitar un *Manual para el afiliado*, llame a Atención al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Manual para el afiliado* que se encuentra en nuestro sitio web: priorityhealth.com/dual26.

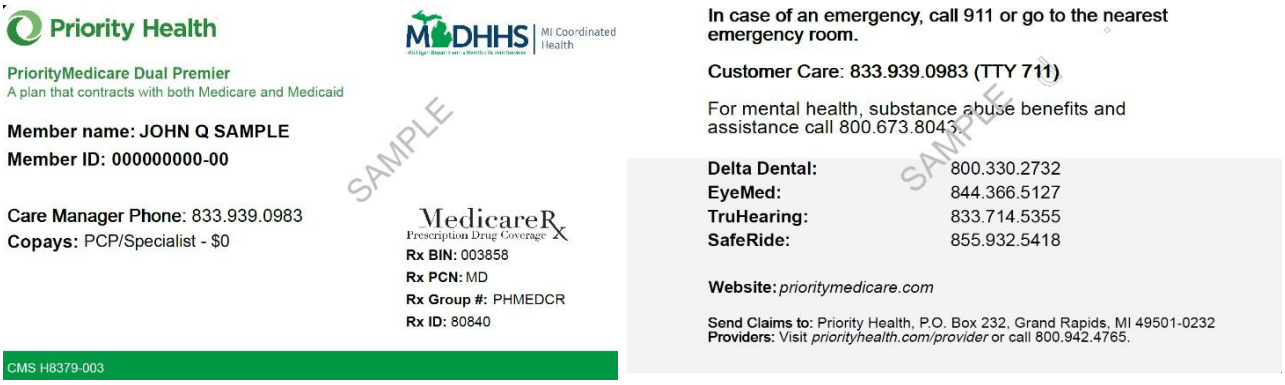
El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

J. Otra información importante que le damos

Otra información importante que le damos incluye su tarjeta de identificación de afiliado, información sobre cómo acceder al *Directorio de proveedores y farmacias*, una Lista de equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) e información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos,* también conocida como *Lista de medicamentos* o *Formulario*.

J1. Su tarjeta de identificación de afiliado

Mediante nuestro plan, dispone de una tarjeta para recibir los servicios de Medicare y de Michigan Medicaid, incluidos los LTSS, algunos servicios de salud conductual y las recetas. Debe mostrar esta tarjeta cuando obtenga algún servicio o receta. Le presentamos un ejemplo de la tarjeta de identificación de afiliado:



Si pierde, se daña o le roban la tarjeta de identificación de afiliado, llame de inmediato a Atención al Cliente al número que figura en la parte inferior de la página. Le enviaremos otra tarjeta.

Mientras esté afiliado a nuestro plan, no necesita usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni la tarjeta de Michigan Medicaid para obtener la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro en caso de que las necesite más adelante. Si muestra la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de identificación de afiliado, es posible que el proveedor facture a Medicare en lugar de a nuestro plan y que usted reciba una factura. También es posible que se le pida mostrar la tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios o servicios de cuidados de hospicio, o si participa en estudios de investigación clínica autorizados por Medicare (también llamados “ensayos clínicos”). Consulte el **capítulo 7** de este *Manual para el afiliado* a fin de saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de proveedores y farmacias

En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se incluyen los nombres de los proveedores y las farmacias que conforman la red de nuestro plan. Mientras esté afiliado a nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Para solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (en formato electrónico o impreso), llame a Atención al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página. Las copias impresas de los Directorios de proveedores y farmacias se enviarán por correo postal dentro de los tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en priorityhealth.com/dual26.

Durante los primeros 90 días después de inscribirse en PriorityMedicare Dual Premier, puede consultar a cualquier proveedor al que haya acudido en los últimos doce (12) meses, incluso si este no pertenece a nuestra red.

Definición de proveedores de la red

- Nuestros proveedores de la red incluyen los siguientes:
    - médicos, enfermeros y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como afiliado a nuestro plan;
    - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que prestan servicios médicos en nuestro plan;
    - LTSS, servicios de salud conductual, agencias de atención médica domiciliaria, proveedores de equipos médicos duraderos (DME), odontólogos y otros profesionales que ofrecen bienes y servicios que usted recibe mediante Medicare o Medicaid.

Los proveedores de la red aceptan el pago de nuestro plan como pago total por los servicios cubiertos.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son todas aquellas farmacias que aceptan surtir recetas para los afiliados a nuestro plan. Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar.
- Salvo en caso de emergencias, debe surtir las recetas en una de las farmacias de nuestra red si quiere que nuestro plan las pague [insertar si corresponde: le brinde ayuda para pagarlas].

Para obtener más información, llame a Atención al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página. Tanto la Atención al Cliente como el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de farmacias y proveedores.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

Nuestro plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos *"Lista de medicamentos"* para abreviar. En ella, se indican los medicamentos que cubre nuestro plan. Con la ayuda de médicos y farmacéuticos, nuestro plan selecciona los medicamentos que se incluyen en esta lista. La *Lista de medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de

Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en la *Lista de medicamentos*, a menos que se hayan eliminado y reemplazado, tal y como se describe en la **sección B del capítulo 5.** Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de PriorityMedicare Dual Premier.

En la *Lista de medicamentos*, también se informa si hay normas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Para obtener más información, consulte el **capítulo 5** de este *Manual para el afiliado*.

Cada año, le enviamos información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos*, pero es posible que se produzcan algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos se cubren, llame a su administrador de atención o a Atención al Cliente, o visite nuestro sitio web en la dirección que aparece al final de la página. En la *Lista de medicamentos*, se incluirá una sección en la que se enumeran todos los medicamentos de Medicaid que cubre nuestro plan. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web o llamar a su administrador de atención o a Atención al Cliente para obtenerla.

J4. Explicación de beneficios

Cuando use los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviaremos un resumen para que pueda entender y llevar un registro de los pagos de dichos medicamentos. Este resumen se denomina *Explicación de beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés).

En la EOB, se indica el monto total que usted, u otras personas en su nombre, gastaron en los medicamentos de la Parte D de Medicare y el monto total que pagamos por cada uno de ellos durante el mes. Este documento no es una factura. En la EOB, se ofrece más información sobre los medicamentos que toma, como los incrementos de precio y otros medicamentos con una distribución de costos menor que puedan estar disponibles. Puede hablar con su médico prescriptor sobre estas opciones de menor costo.
En el capítulo 6 de este *Manual para el afiliado*, se brinda más información sobre la EOB y sobre la manera en que le permite llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Atención al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página.

K. Cómo mantener actualizado su registro de afiliación

Avísenos si cambia su información para que podamos mantener actualizado su registro de afiliación.

Si tiene alguna pregunta, llame a **Priority**MedicareDual Premier al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m a 8 p. m. los siete días de la semana, hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. La llamada es gratuita.
Para obtener información adicional, visite priorityhealth.com/dual26.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que sus datos en nuestros registros sean correctos. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan usan su registro de afiliación para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son sus montos de distribución de costos. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos de inmediato sobre lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la de su empleador, la del empleador de su cónyuge o la del empleador de su pareja de hecho, o en la indemnización por accidentes laborales;
- cualquier reclamación por responsabilidad civil, como aquellas derivadas de un accidente automovilístico;
- el ingreso en un centro de enfermería u hospital;
- la atención en un hospital o sala de emergencias;
- cambios en su cuidador (o en cualquier persona responsable de usted);
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No tiene la obligación de informarnos sobre los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero le recomendamos hacerlo).

Si cambia la información, llame a Atención al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante comunicarse con el Seguro Social. En el capítulo 2, encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social.

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)

La información de su registro de afiliación puede incluir información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **capítulo 8** de este *Manual para el afiliado*.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

En este capítulo, se brinda la información de contacto de recursos importantes que pueden ser útiles para resolver sus dudas sobre nuestro plan y sobre sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su administrador de atención y otras personas que puedan trabajar como defensores en su nombre. La terminología clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para el afiliado*.

Índice

A. Atención al Cliente 21

B. Su administrador de atención 25

C. MI Options 27

D. Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) 28

E. Medicare 29

F. Michigan Medicaid 31

G. Defensor del pueblo para la comunidad, el hogar y la salud de Míchigan 32

H. Programa para la atención a largo plazo del defensor del pueblo de Míchigan (MLTCOP) 33

I. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos 34

I1. Ayuda adicional de Medicare 34

J. Seguro Social 36

K. Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) 37

L. Otros recursos 38

A. Atención al Cliente

TELÉFONO	833.939.0983. Esta llamada es gratuita. Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratuita. Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este.
FAX	616.942.0995
CORREO POSTAL	Customer Care Department, MS 1115 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
CORREO ELECTRÓNICO	*MedicareCS@priorityhealth*.com
SITIO WEB	priorityhealth.com/dual26

Comuníquese con Atención al Cliente para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre las reclamaciones o la facturación
- Decisiones sobre la cobertura de su atención médica

Si tiene alguna pregunta, llame a **Priority**MedicareDual Premier al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m a 8 p. m. los siete días de la semana, hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. La llamada es gratuita.
Para obtener información adicional, visite priorityhealth.com/dual26.

- Las decisiones sobre la cobertura de su atención médica se refieren a decisiones sobre lo siguiente:
  - sus beneficios y servicios cubiertos;
  - el monto que pagamos por sus servicios de salud.
- Llámenos si tiene preguntas acerca de alguna decisión sobre la cobertura de su atención médica.
- Para obtener más información acerca de las decisiones sobre cobertura, consulte el **capítulo 9** de este *Manual para el afiliado*.

- Apelaciones sobre su atención médica
  - Las apelaciones son un procedimiento formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la cambiemos si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con ella.
  - A fin de obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **capítulo 9** de este *Manual para el afiliado* o comuníquese con Atención al Cliente.

- Reclamos sobre su atención médica
  - Puede presentar reclamos sobre nosotros o sobre algún proveedor (incluidos los proveedores de la red o fuera de esta). Los proveedores de la red son aquellos que trabajan con nuestro plan. También puede presentar reclamos ante nosotros o la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la **sección D**).
  - Puede llamarnos y explicar su reclamo al 833.939.0983.
  - Si el reclamo se refiere a una decisión sobre la cobertura de su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
  - Puede presentar un reclamo sobre nuestro plan ante Medicare. Para ello, puede usar el formulario en línea que se encuentra en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.

- Si necesita ayuda con su reclamo, puede comunicarse con el defensor del pueblo para la comunidad, el hogar y la salud de Míchigan (MI CHHO, por sus siglas en inglés) Puede comunicarse con el MI CHHO al teléfono 1-888-746-6456 o al correo electrónico MI-CHHO@meji.org.

- Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el **capítulo 9** de este *Manual para el afiliado*.

- Decisiones sobre la cobertura de sus medicamentos

  - Las decisiones sobre la cobertura de sus medicamentos se refieren a decisiones sobre lo siguiente:

    – sus beneficios y medicamentos cubiertos**;**

    – el monto que pagamos por sus medicamentos.

  - Esto se aplica a los medicamentos de la Parte D de Medicare y a los medicamentos que cubre Michigan Medicaid.

  - Para obtener más información acerca de las decisiones sobre la cobertura de sus medicamentos, consulte el **capítulo 9** de este *Manual para el afiliado*.

- Apelaciones sobre sus medicamentos

  - Las apelaciones son un procedimiento para pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.

  - Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos, consulte el **capítulo 9** de este *Manual para el afiliado*.

- Reclamos sobre sus medicamentos

  - Puede presentar reclamos sobre nosotros o sobre alguna farmacia. Esto incluye los reclamos sobre sus medicamentos.

  - Si el reclamo se refiere a una decisión sobre la cobertura de sus medicamentos, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).

  - Puede presentar un reclamo sobre nuestro plan ante Medicare. Para ello, puede usar el formulario en línea que se encuentra en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.

- Para obtener más información acerca de cómo presentar un reclamo sobre sus medicamentos, consulte el **capítulo 9** de este *Manual para el afiliado*.

- Pago por atención médica o medicamentos que ya pagó
  - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió, consulte el **capítulo 7** de este *Manual para el afiliado*.
  - Si nos pide que paguemos una factura y rechazamos alguna parte de la solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **capítulo 9** de este *Manual para el afiliado*.

B. Su administrador de atención

Todos los afiliados a Dual Premier pueden acceder a los administradores de atención. Estos administradores pueden brindarle ayuda a fin de coordinar los servicios para el cuidado de la salud, gestionar la atención en toda la red de atención y derivarlo a los proveedores adecuados de servicios. Los afiliados que quieran cambiar de administrador de atención pueden comunicarse con Atención al Cliente al número que figura a continuación.

TELÉFONO	833.939.0983. Esta llamada es gratuita. Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta llamada es gratuita. A este número pueden llamar personas con dificultades auditivas o del habla. Para realizar la llamada, es necesario tener un equipo telefónico especial. Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este.
FAX	616.942.0995
CORREO POSTAL	Customer Care Department, MS 1115 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525

Si tiene alguna pregunta, llame a **Priority**MedicareDual Premier al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m a 8 p. m. los siete días de la semana, hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. La llamada es gratuita.
Para obtener información adicional, visite priorityhealth.com/dual26.

CORREO ELECTRÓNICO	*MedicareCS@priorityhealth.com*
SITIO WEB	priorityhealth.com/dual26

Comuníquese con su administrador de atención para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre su atención médica
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (en caso de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)
- Preguntas sobre el transporte
- Si su proveedor o administrador de atención considera que usted puede ser elegible para recibir atención a largo plazo o apoyos y servicios adicionales, como atención de relevo, servicios de cuidado personal o servicios de auxiliares para el cuidado de la salud en el hogar a fin de que pueda permanecer en su domicilio, su administrador de atención puede brindarle ayuda para que solicite los LTSS. Consulte el **capítulo 3** de este *Manual para el afiliado*
- A veces, puede recibir ayuda con sus necesidades diarias de atención médica y vida cotidiana. Es posible que pueda recibir estos servicios:
    - Servicios de cuidado personal, como bañarse y vestirse
    - Apoyo para realizar las tareas cotidianas, como el lavado de ropa, las compras y el transporte no médico
    - Comidas a domicilio
    - Programa diurno para adultos
    - Atención de enfermería especializada

C. MI Options

El programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Míchigan, el SHIP se denomina MI Options.

TELÉFONO	1-800-803-7174 De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes
TTY	711 A este número pueden llamar personas con dificultades auditivas o del habla. Para realizar la llamada, es necesario tener un equipo telefónico especial.
CORREO POSTAL	MI Options PO Box 30676 Lansing, MI 48909
SITIO WEB	www.michigan.gov/MDHHSMIOptions

Comuníquese con MI Options para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre Medicare
- Los asesores de MI Options pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a un nuevo plan. Además, puede contar con ellos para lo siguiente:
    - comprender sus derechos;
    - comprender las opciones de su plan;
    - evacuar dudas sobre cómo cambiar de plan;
    - presentar reclamos sobre su tratamiento o atención médica;
    - solucionar los problemas con sus facturas.

D. Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO)

En nuestro estado, hay una organización llamada Commence Health para el mejoramiento de la calidad. Consta de un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que contribuyen a mejorar la calidad de la atención que reciben las personas afiliadas a Medicare. Commence Health es una organización independiente. No tiene ningún vínculo con nuestro plan.

TELÉFONO	1-888-524-9900 Esta llamada es gratuita.
TTY	Marque 711. A este número pueden llamar personas con dificultades auditivas o del habla. Para realizar la llamada, es necesario tener un equipo telefónico especial.
CORREO POSTAL	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
SITIO WEB	www.livantaqio.com

Comuníquese con Commence Health para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre sus derechos de atención médica
- Presentaciones de reclamos sobre la atención que recibió si:
    - tiene un problema con la calidad de la atención, como recibir medicamentos incorrectos, someterse a pruebas o procedimientos innecesarios, u obtener un diagnóstico equivocado;
    - considera que su hospitalización termina antes de tiempo;
    - considera que sus servicios de atención médica domiciliaria o la atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF, por sus siglas en inglés) terminan antes de tiempo.

E. Medicare

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

La agencia federal encargada de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (o CMS, por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Puede llamar a este número gratuito las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. A este número pueden llamar personas con dificultades auditivas o del habla. Para realizar la llamada, es necesario tener un equipo telefónico especial.
CHAT EN VIVO	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
CORREO POSTAL	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
SITIO WEB	www.medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos su costo y los servicios que ofrecen. • Encuentre médicos u otros proveedores y empresas proveedoras de atención médica que participan en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas y las consultas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios sobre las apelaciones de Medicare.

- Obtenga información sobre la calidad de la atención que prestan los planes, asilos de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

Para presentar un reclamo ante Medicare, diríjase a www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma los reclamos con seriedad y usará dicha información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

F. Michigan Medicaid

Michigan Medicaid brinda ayuda con los costos de la atención médica y de los servicios y apoyos a largo plazo a las personas con ingresos y recursos limitados.

Está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a la línea de ayuda al beneficiario al 1-800-642-3195 o visite www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid/portalhome/beneficiaries/support.

TELÉFONO	Línea de ayuda al beneficiario 800.642.3195 De 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los días festivos)
TTY	866.501.5656 A este número pueden llamar personas con dificultades auditivas o del habla. Para realizar la llamada, es necesario tener un equipo telefónico especial.
CORREO POSTAL	400 S. Pine St. 5th Floor Lansing, MI 48933
CORREO ELECTRÓNICO	beneficiarysupport@michigan.gov
SITIO WEB	www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid/portalhome/beneficiaries/support

G. Defensor del pueblo para la comunidad, el hogar y la salud de Míchigan

El defensor del pueblo para la comunidad, el hogar y la salud de Míchigan (MI CHHO) trabaja como defensor en su nombre. Puede responder sus preguntas si tiene problemas o reclamos y brindarle ayuda para entender qué hacer. El MI CHHO también le brinda ayuda con problemas de servicio o facturación. No está vinculado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

TELÉFONO	888.746.6456
TTY	711 A este número pueden llamar personas con dificultades auditivas o del habla. Para realizar la llamada, es necesario tener un equipo telefónico especial.
CORREO POSTAL	15851 S. US 27, Suite 73 Lansing, MI 48906
CORREO ELECTRÓNICO	MI-CHHO@meji.org
SITIO WEB	meji.org

H. Programa para la atención a largo plazo del defensor del pueblo de Míchigan (MLTCOP)

El Programa para la atención a largo plazo del defensor del pueblo de Míchigan (MLTCOP, por sus siglas en inglés) ayuda a las personas a obtener información sobre los asilos de ancianos y a resolver problemas entre los asilos de ancianos y los residentes o sus familias.

El Programa para la atención a largo plazo del defensor del pueblo de Míchigan (MLTCOP) no está vinculado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud.

TELÉFONO	517-827-8040
TTY	711 A este número pueden llamar personas con dificultades auditivas o del habla. Para realizar la llamada, es necesario tener un equipo telefónico especial.
CORREO POSTAL	MLTCOP - MEJI 15851 S. US 27, Suite 73 Lansing, MI 48906
CORREO ELECTRÓNICO	MLTCOP@meji.org
SITIO WEB	mltcop.org/

I. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos

En el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs), se ofrece información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de ayuda, tal y como se describe a continuación.

I1. Ayuda adicional de Medicare

Debido a que es elegible para Medicaid, califica y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos. No tiene que hacer nada para recibir esta “Ayuda adicional”.

TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Puede llamar a este número gratuito las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. A este número pueden llamar personas con dificultades auditivas o del habla. Para realizar la llamada, es necesario tener un equipo telefónico especial.
SITIO WEB	www.medicare.gov

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para que pueda obtener evidencia del monto correcto de su copago. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos brindarle ayuda para compartirla con nosotros.

- El plan comprobará primero en el sistema de CMS si hay alguna actualización del estado del subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés). Si el sistema de los CMS no muestra un estado del LIS, el plan requerirá uno de los siguientes documentos:
    - Una copia de su tarjeta de Medicaid.
    - Una copia de un documento estatal que muestre la condición referente a Medicaid.

- Otra documentación proporcionada por el estado que indique la condición de Medicaid, como una carta.
- Un comprobante de pago por parte de una institución que indique los pagos de Medicaid.
- La copia de un documento del estado que confirme el pago de Medicaid a una institución.

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

- Cuando recibamos la evidencia en la que se muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto de copago cuando obtenga la próxima receta. Si termina pagando más por el copago, le reembolsaremos el dinero mediante un cheque o un crédito para copagos futuros. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ella, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos efectuar el pago directamente al estado. Comuníquese con Atención al Cliente si tiene alguna pregunta.

J. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y se encarga de la inscripción en Medicare.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para hacérselos saber.

TELÉFONO	800.772.1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios de telefonía automatizada para obtener información grabada y realizar trámites las 24 horas del día.
TTY	800.325.0778 A este número pueden llamar personas con dificultades auditivas o del habla. Para realizar la llamada, es necesario tener un equipo telefónico especial. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

K. Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés) es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare mediante la RRB, infórmeles si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre los beneficios que le ofrece la RRB, comuníquese con la agencia.

TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9 a. m. a 3 p. m., de lunes a viernes, excepto los días festivos federales. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 A este número pueden llamar personas con dificultades auditivas o del habla. Para realizar la llamada, es necesario tener un equipo telefónico especial. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	*www.rrb.gov*

L. Otros recursos

AGENCIA LOCAL Y ÁREA DE SERVICIO	TELÉFONO	SITIO WEB
Area Agency on Aging IIIA (3A) *Condado de Kalamazoo*	269.373.5147	Kalcounty.com/hcs/aaa/
CareWell Services Southwest (3B) *Condados de Barry y Calhoun*	269.966.2450 800.626.6719 (fuera del condado de Calhoun)	Carewellservices.org
Branch – St. Joseph AAA (3C) *Condados de Branch y St. Joseph*	517.278.2538	BHSJ.org/AAA
Region IV Area Agency on Aging (4) *Condados de Berrien y Cass*	296.983.0177	AreaAgencyonAging.org
AgeWays (anteriormente llamada Area Agency on Aging 1B) *Condado de Macomb*	248.357.2255	Ageways.org/
The Senior Alliance, Inc. (1C) *Condado de Wayne*	734.722.2830	AAA1C.org

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para recibir atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

En este capítulo, se incluyen términos y normas específicos que debe conocer para recibir atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan. También se brinda información sobre su administrador de atención, la manera en que puede obtener atención de diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (incluidos proveedores o farmacias fuera de la red), las medidas que puede tomar si se le factura directamente por servicios que cubrimos y las normas para poseer equipos médicos duraderos (DME). La terminología clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para el afiliado*.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores....41

B. Normas para obtener los servicios que cubre nuestro plan....41

C. Su administrador de atención....43

C1. Qué es un administrador de atención....43

C2. Cómo comunicarse con su administrador de atención....44

C3. Cómo puede cambiar de administrador de atención....44

D. Atención de los proveedores....44

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)....44

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red....46

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan....47

D4. Proveedores fuera de la red....48

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)....48

F. Servicios de salud conductual (en caso de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)....49

G. Cómo obtener atención autodirigida....49

G1. Qué es la atención autodirigida....50

G2. Quiénes pueden recibir atención autodirigida (por ejemplo, si se limita a las poblaciones con exención)....50

G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores de cuidado personal (si corresponde)....50

H. Servicios de transporte....50

I. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesitan con urgencia o durante un desastre....51

I1. Atención en una emergencia médica....51

I2. Atención de urgencia....53

I3. Atención durante un desastre....54

J. Qué sucede si se le factura directamente por los servicios cubiertos....54

J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios....54

K. Cobertura de los servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica....55

K1. Definición de estudio de investigación clínica....55

K2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica....55

K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica....56

L. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud....56

L1. Definición de institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud....56

L2. Atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud....56

M. Equipo médico duradero (DME)....57

M1. DME como afiliado a nuestro plan....57

M2. Adquisición de DME si se cambia a Original Medicare....58

M3. Beneficios del equipo de oxígeno como afiliado a nuestro plan....58

M4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o a otro plan Medicare Advantage (MA)....59

A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** incluyen atención médica, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud conductual, medicamentos con receta y de venta libre, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica cubierta, la salud conductual y los LTSS se encuentran en el **capítulo 4** de este *Manual para el afiliado*. Los servicios cubiertos relacionados con los medicamentos con receta y de venta libre se encuentran en el **capítulo 5** de este *Manual para el afiliado*.

Los **proveedores** incluyen a médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención, y que están autorizados por el estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le brindan servicios para el cuidado de la salud, servicios de salud conductual, equipos médicos y algunos LTSS.

Los **proveedores de la red** son aquellas personas que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago como pago completo. Acordamos con estos proveedores que le presten los servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando acude a un proveedor de la red, en general, no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios que cubren Medicare y Michigan Medicaid. Esto incluye la salud conductual y los LTSS.

En general, nuestro plan pagará por los servicios para el cuidado de la salud, los servicios de salud conductual cubiertos y los LTSS que reciba cuando siga nuestras normas. Para que nuestro plan le brinde cobertura, debe cumplir con lo siguiente:

- La atención que reciba deberá estar incluida en nuestra Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en el **capítulo 4** de este *Manual para el afiliado*.
- La atención debe ser **necesaria desde el punto de vista médico**. Por “necesaria desde el punto de vista médico” nos referimos a que necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o en un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos

cumplen con las normas aceptadas de práctica médica. Los servicios y suministros se consideran necesarios desde el punto de vista médico o clínico cuando se exigen para diagnosticar, atender o tratar afecciones físicas o mentales. Entre los ejemplos, se incluyen los siguientes:

  - Decisiones sobre beneficios médicos cubiertos, incluidas hospitalizaciones y atención de emergencia.

  - Decisiones sobre la atención o los servicios que podrían clasificarse como cubiertos o no cubiertos, según las circunstancias, incluidas las solicitudes de atención que puedan considerarse experimentales.

  - Decisiones sobre procedimientos odontológicos que están cubiertos por los beneficios médicos del afiliado.

- En el caso de los servicios médicos, debe contar con un **proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de la red** que le brinde y supervise la atención. Como afiliado al plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP (para obtener más información, consulte la **sección D1** de este capítulo).

  - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe darle la aprobación antes de que pueda usar un proveedor que no sea su PCP u otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se denomina **derivación**. Si no obtiene esta aprobación, es posible que no cubramos los servicios.

  - No necesita derivaciones de su PCP para recibir atención de emergencia o de urgencia ni para usar un proveedor de salud de la mujer. Puede recibir otro tipo de atención sin necesitar derivaciones de su PCP (para obtener más información, consulte la **sección D1** de este capítulo).

- **Debe recibir la atención de proveedores de la red**. Para obtener más información, consulte la **sección D** de este capítulo**.** En general, no cubriremos la atención de los proveedores que no trabajen con nuestro plan de salud. Esto significa que tendrá que pagarles el monto total de los servicios que reciba. Estos son algunos casos en los que esta norma no se aplica:

  - Cubrimos la atención de emergencia o de urgencia que reciba de proveedores fuera de la red (para obtener más información, consulte la **sección I** de este capítulo).

- Si necesita atención médica que nuestro plan cubre y nuestros proveedores de la red no pueden brindársela, puede obtenerla de proveedores fuera de la red. Si ningún proveedor participante puede brindarle el tratamiento habitual de su afección, su PCP puede solicitar a Priority Health autorización para derivarlo a un proveedor no participante. Si no recibe la autorización de Priority Health antes de solicitar servicios cubiertos de un proveedor no participante, o si determinamos que el tratamiento adecuado de su afección desde el punto de vista médico lo puede brindar un proveedor participante, usted será responsable del costo total. En este caso, cubrimos la atención como si la hubiera recibido de un proveedor de la red **o** sin costo alguno para usted. A fin de obtener información sobre cómo recibir la aprobación para acudir a proveedores fuera de la red, consulte la **sección D4** de este capítulo.
- Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan por un período breve o cuando su proveedor no está disponible o no es accesible de manera temporal. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe los servicios de diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, la distribución de costos no puede ser mayor que la que paga dentro de la red. Sin embargo, si el proveedor habitual dentro de la red que le brinda los servicios de diálisis no está disponible de manera temporal, y usted opta por recibir los servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red, la distribución de costos por estos servicios puede ser más alta. Si es posible, llame a Atención al Cliente al número que figura al final de la página antes de salir del área de servicio a fin de que podamos brindarle ayuda para organizar los servicios de diálisis de mantenimiento mientras está fuera.

C. Su administrador de atención

C1. Qué es un administrador de atención

Con la ayuda del administrador de atención, podrá establecer prioridades y conectar a todos sus médicos, farmacias, servicios de salud conductual y servicios y apoyos de atención a largo plazo mediante su plan de salud. El administrador de atención ayudará a garantizar que sus médicos y otros proveedores trabajen juntos para satisfacer sus necesidades y respetar las decisiones que tome. El administrador de atención lo conecta con los apoyos y servicios que necesita para estar sano y vivir donde desee. Esta persona le brindará ayuda con su plan de atención, responderá sus preguntas, coordinará sus citas y servicios, organizará su transporte y mucho más.

C2. Cómo comunicarse con su administrador de atención

Para comunicarse con su administrador de atención, puede llamar al número incluido en la carta de bienvenida a la administración de atención o a Atención al Cliente al 833.939.0983.

C3. Cómo puede cambiar de administrador de atención

Puede solicitar el cambio del administrador de atención en cualquier momento. Para ello, debe llamar a Atención al Cliente de Priority Health al 833.939.0983.

D. Atención de los proveedores

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)

Debe elegir a un PCP que le brinde y administre la atención.

Definición de PCP y qué servicios le ofrece esta persona

El PCP es el proveedor de atención médica o médico que se ocupa de todas sus necesidades de salud. Función de un PCP:

- El PCP puede ser un médico de familia, un profesional de la salud general, un especialista en medicina interna, un obstetra/ginecólogo, un enfermero profesional o un asistente médico que trabaje en un entorno de atención primaria, que cumpla con los requisitos del estado y que esté capacitado para brindarle atención médica básica en un entorno de atención primaria. El PCP es un socio que lo ayudará a mantenerse sano y a aprender cómo tomar el control de su salud. Debido a que conoce sus antecedentes médicos, puede recibir la atención que necesita cuando la necesita.

- También puede ayudarlo a organizar o coordinar sus servicios, incluido el control o la consulta con otros proveedores sobre su atención y cómo va su evolución. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP puede darle recomendaciones para que pueda acudir a un especialista u otro proveedor. Entre estos servicios se incluyen radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención médica de especialistas, ingresos hospitalarios y atención de seguimiento. En algunos casos, el PCP deberá solicitarnos una autorización previa (aprobación previa). Consulte el capítulo 4 para obtener detalles sobre los servicios que requieren una autorización previa. Cuando el PCP proporciona y coordina la atención médica, usted debe solicitar que todos sus expedientes médicos anteriores se envíen a su consultorio.

Cuándo una clínica puede ser su PCP (RHC/FQHC)

También puede recibir atención médica de estos tipos de proveedores médicos: centros de salud calificados a nivel federal (FQHC, por sus siglas en inglés), clínicas de salud rurales (RHC, por sus siglas en inglés) y proveedores de atención médica para indígenas (IHCP, por sus siglas en inglés). Debe elegir a un proveedor específico para que sea su PCP. **Priority**Medicare Dual Premier no puede incluir el nombre de una clínica. Como PCP, puede elegir a un proveedor de una clínica rural (RHC) o de un centro de salud calificado a nivel federal (FQHC) de la red.

Su elección de PCP

Puede usar nuestro Directorio de proveedores para encontrar médicos y especialistas que pertenezcan a nuestra red. En el Directorio de proveedores, se incluyen direcciones, horarios de atención, idiomas que se hablan e información sobre accesibilidad. Se encuentra en priorityhealth.com/dual26.

Puede ver o imprimir el Directorio de proveedores desde el sitio web. También puede llamar al 833.939.0983 para solicitar una copia gratuita de nuestro Directorio de proveedores. Recuerde que la información de los proveedores cambia con frecuencia. Visite nuestro sitio web para obtener la
información más actualizada. Llame a Atención al Cliente si necesita ayuda para encontrar un médico. Puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* o llamar a Atención al Cliente para averiguar si el PCP que desea hace derivaciones a ese especialista o usa ese hospital.

Opción para cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si su PCP abandona la red de nuestro plan, podemos brindarle ayuda para encontrar uno nuevo en la red.

Si quiere cambiar de PCP, comuníquese con Atención al Cliente. También puede ingresar a su cuenta de afiliado en priorityhealth.com/dual26 y hacer el cambio en línea. En nuestro sitio web priorityhealth.com/dual26, encontrará una lista de los PCP entre los que elegir. Si quiere una copia impresa de nuestra lista de PCP o necesita ayuda para elegir uno, comuníquese con Atención al Cliente. Cuando solicite el cambio de PCP, lo haremos de inmediato.

Cuando un proveedor abandona Priority Health, se reasigna a los afiliados a uno nuevo. Haremos todo lo posible por efectuar la reasignación dentro del mismo consultorio; de no ser así, lo reasignaremos a un nuevo proveedor ubicado a menos de 30 millas de su hogar.

Los afiliados recibirán una carta por correo postal en la que se les avisará del cambio de proveedor asignado.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Los especialistas son médicos que brindan atención médica dirigida a una enfermedad o a una parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas, como los siguientes:

- Los oncólogos atienden a los pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a los pacientes con problemas cardíacos.
- Los parteros profesionales certificados atienden a las pacientes embarazadas.
- Los ortopedistas atienden a los pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Cómo acceder a especialistas y a otros proveedores de la red

Puede pedirle a su PCP que le recomiende especialistas y otros proveedores de la red, o puede buscarlos por su cuenta. Si tiene dudas sobre si el proveedor participa en nuestro plan, llame a Atención al Cliente al 833.939.0983 o visite priorityhealth.com/dsnp26 y use nuestra herramienta “Find a Doctor” (Encontrar un médico). Si no contamos con un médico o especialista en nuestra red de proveedores en su área, o si no disponemos de un proveedor que pueda atenderlo de manera oportuna, le brindaremos la atención que necesita mediante un proveedor fuera de nuestra red. Solo cubriremos los servicios prestados por un proveedor fuera de la red si no podemos brindar un servicio necesario y cubierto dentro de nuestra red y si usted cuenta con la aprobación previa a la cita. Coordinaremos el pago con el proveedor fuera de la red. También nos aseguraremos de que no tenga que pagar más de lo que tendría que pagar si el servicio se brindara dentro de la red.

Se aplican requisitos de autorización previa para algunos servicios recibidos. Consulte el capítulo 4 para obtener detalles sobre los servicios que requieren autorización previa. Las decisiones de autorización previa son responsabilidad de **Priority**Medicare Dual Premier y otras entidades delegadas. Para obtener la autorización previa, su proveedor debe comunicarse con **Priority**Medicare Dual Premier. Comuníquese con Atención al Cliente para obtener más información sobre los requisitos de autorización previa y cómo solicitar esta autorización para un servicio.

Debido a que es importante saber qué cubrirá y qué no cubrirá su plan, asegúrese de preguntarle a su proveedor si un servicio está cubierto. Los proveedores deben informarle de manera verbal cuando un servicio no esté cubierto.

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red al que usted acuda abandone nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, tiene los siguientes derechos y protecciones, que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor va a abandonar nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar uno nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si está asignado a él, recibe atención de este o lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Le brindaremos ayuda a fin de seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que siga administrando sus necesidades de atención médica.
- Si recibe tratamiento médico o terapias de su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que se le siga proporcionando el tratamiento o las terapias necesarios desde el punto de vista médico. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que tiene para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red calificado que pueda atenderlo, debemos hacer los arreglos para que un especialista fuera de la red le brinde atención cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa para derivaciones y especialistas fuera de la red.
- Si se entera de que uno de sus proveedores abandona nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos brindarle ayuda para que elija a otro proveedor que administre su atención.
- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por uno calificado o que no estamos administrando bien su atención, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención a la Organización para el mejoramiento de la

calidad (QIO), una queja sobre la calidad de la atención o ambas cosas. (Consulte el **capítulo 9** para obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

A continuación, se incluye información importante que debe saber sobre el acceso a los proveedores fuera de la red:

- El plan cubre servicios de atención en ambulancia, de emergencia o de urgencia prestados por proveedores fuera de la red. No necesita la autorización previa del plan para recibir servicios de atención de emergencia fuera de la red, incluso si se encuentra en el área de servicio. Si se presenta una emergencia, acuda al hospital más cercano. Tampoco necesita la autorización previa para recibir servicios de atención de urgencia fuera de la red si se encuentra fuera del área de servicio o lejos de un centro dentro de la red.
- El plan cubre los servicios de diálisis renal si se encuentra fuera del área de servicio del plan por un breve período. Puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare o Medicaid.
- Si necesita atención que nuestros proveedores de la red no pueden brindarle, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. En la mayoría de las situaciones, debe obtener la autorización previa del plan antes de recibir atención de proveedores fuera de la red. Tanto usted como su proveedor pueden hacer la solicitud. En este caso, si recibe la autorización previa del plan, cubriremos la atención como si la recibiera de un proveedor dentro de la red. Si quiere aprender a obtener la autorización para acudir a un proveedor fuera de la red, comuníquese con Atención al Cliente.

Si acude a un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare o en Michigan Medicaid.

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare ni en Michigan Medicaid.
- Si acude a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, debe pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los **apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)** son servicios que ayudan a las personas mayores y a las personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias de

---

ayuda y a mejorar su calidad de vida. Algunos ejemplos de LTSS incluyen la ayuda para bañarse, vestirse y realizar otras actividades básicas de la vida cotidiana y del cuidado personal, así como el apoyo para realizar tareas diarias, como lavar la ropa, hacer las compras y desplazarse. Los LTSS se prestan durante un período prolongado, en general, en hogares y comunidades, pero también en asilos de ancianos y otros centros. Si cree que necesita ayuda con las necesidades cotidianas, llame a su administrador de atención a fin de determinar para qué servicios califica.

F. Servicios de salud conductual (en caso de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)

Su plan cubre todos los servicios de salud conductual de Medicaid y Medicare. Todos los servicios actuales de salud conductual de Medicare y Medicaid seguirán prestándose a las personas que, en la actualidad, reciben atención y que se inscriban en MICH. A algunos servicios de salud conductual cubiertos por Medicaid los administran los planes de salud prepagados para pacientes hospitalizados (PIHP, por sus siglas en inglés) de Míchigan, organizaciones con las que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Míchigan tiene contratos para administrar los beneficios de salud conductual cubiertos por Medicaid. Nosotros administraremos todos los servicios de salud conductual cubiertos por Medicaid que no administren los PIHP y todos los servicios de salud conductual cubiertos por Medicare. Si tiene preguntas sobre la salud conductual, comuníquese con su administrador de atención..

Priority Health mantiene su compromiso con su bienestar mental. Orientarse dentro del sistema de salud conductual puede ser complicado. Contamos con un equipo de especialistas en salud conductual que pueden hablar con usted sobre su cobertura médica y sus opciones de tratamiento, y ofrecerle ayuda para buscar especialistas dentro de la red. Incluso pueden brindarle ayuda para determinar si la atención ambulatoria o la atención hospitalaria se adapta mejor a sus necesidades. Solo tiene que llamar al número que figura en el reverso de la tarjeta de identificación de afiliado o al 800.673.8043 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El servicio de apoyo en caso de crisis está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.

G. Cómo obtener atención autodirigida

Con la ayuda de su administrador de atención, puede obtener atención autodirigida si califica para ello. La atención autodirigida es una opción disponible si califica para recibir los LTSS y le permite diseñar y ejercer control sobre su vida. Incluye la administración de un monto fijo de dólares destinado a cubrir los apoyos y servicios autorizados mediante un

presupuesto individualizado. Si lo desea, también puede controlar la contratación y la administración de los proveedores.

G1. Qué es la atención autodirigida

Si califica, tiene la opción de autodirigir sus servicios. Controlaría el presupuesto y tendría derecho a contratar y administrar a los trabajadores de cuidado personal y a otros proveedores.

G2. Quiénes pueden recibir atención autodirigida (por ejemplo, si se limita a las poblaciones con exención)

Su administrador de atención trabajará con usted a fin de determinar si califica para obtener los servicios autodirigidos.

G3. Cómo obtener ayuda para contratar proveedores de cuidado personal (si corresponde)

Hable con su administrador de atención si cree que necesita servicios que puedan ser autodirigidos.

H. Servicios de transporte

Con su beneficio, tiene acceso a opciones de transporte. Ofrecemos transporte gratuito para acudir a consultas médicas, análisis de laboratorio, servicios hospitalarios que no son de emergencia, retiro de recetas, atención odontológica, servicios continuos (como diálisis, terapia o tratamiento por trastornos por consumo de sustancias) y otros servicios cubiertos, tanto si dichos servicios los presta Priority Medicare como si los presta directamente el MDHHS. En algunos casos, podemos proporcionar boletos de autobús o, si dispone de vehículo propio o de alguien que lo traslade, puede solicitar el reembolso de los gastos de millaje.

Llame a SafeRide al 1-833-944-0535 para obtener más información y programar un viaje. Llame tres días antes de la cita a fin de que podamos asegurarnos de que haya alguien disponible para llevarlo. Puede solicitar transporte el mismo día para acudir a una cita urgente que no sea de emergencia. También puede programar las citas con 30 días de anticipación y organizar el transporte para todo el mes. Cuando llame, tenga a mano esta información:

- Su nombre, número de identificación de afiliado y fecha de nacimiento
- La dirección y el número de teléfono del lugar donde lo recogerán
- La dirección y el número de teléfono del lugar de destino
- La fecha y hora de la cita
- El nombre de su proveedor

Los afiliados con necesidades especiales (adaptaciones para sillas de ruedas, recursos de oxígeno, etc.) deberán programar el transporte lo antes posible para que el proveedor adecuado pueda satisfacer sus necesidades. Si recibe servicios mediante la agencia local del Programa Comunitario de Servicios de Salud Mental (CMHSP, por sus siglas en inglés), es posible que la agencia local del CMHSP le siga brindando algunos servicios de transporte. Comuníquese con la agencia local del CMHSP si tiene preguntas sobre este beneficio.

Tal vez podamos brindarle ayuda para que llegue a las citas médicas. Si califica, podemos ofrecerle transporte para otras actividades. Si necesita ayuda con el transporte, hable con su administrador de atención.

I. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesitan con urgencia o durante un desastre

I1. Atención en una emergencia médica

Por “emergencia médica” nos referimos a toda afección que cause enfermedad, dolor intenso, lesiones graves o deterioro rápido del estado de salud. La afección es tan grave que, si ningún médico la atiende de inmediato, usted o cualquier persona con conocimientos básicos de salud y medicina podría esperar que causara lo siguiente:

- Riesgo grave para su vida y, si está embarazada, pérdida del feto
- Pérdida o daño grave de las funciones corporales
- Pérdida de la función de una extremidad
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
- No hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto.
    - El traslado a otro hospital puede suponer un riesgo para su salud o seguridad, o para la del feto.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busca ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** es necesario que el PCP le dé una aprobación o derivación primero. No necesita acudir a un médico de la red. Puede recibir atención médica cubierta de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos, sus territorios o en todo el mundo, de cualquier proveedor con la autorización estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.

- **Tan pronto como sea posible, informe a su administrador de atención sobre su emergencia.** Su administrador de atención hará el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamar para informarnos acerca de esta situación de emergencia, generalmente en un plazo de 48 horas. Sin embargo, no pagará por los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Llámenos al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este.

Servicios cubiertos durante una emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia para las situaciones en las cuales llegar a la sala de emergencia de cualquier otra manera equivaldría a poner en riesgo su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios del **capítulo 4** de este *Manual para el afiliado*.

Los proveedores que le brindan atención de emergencia deciden cuándo su afección se estabiliza y cuándo la emergencia médica ha terminado. Seguirán brindándole tratamiento y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita atención de seguimiento a fin de mejorar.

Una vez que la emergencia esté bajo control, tiene derecho a una atención de seguimiento para garantizar que usted se mantenga estable. Sus médicos continuarán atendiéndolo hasta que se comuniquen con nosotros y elaboren un plan para prestar atención médica adicional.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención lo antes posible.

Cómo obtener atención de emergencia si no se trataba de una emergencia

En ocasiones, puede ser difícil saber si se trata de una emergencia médica o de salud conductual. Puede recibir atención de emergencia y que el médico, luego, determine que, en realidad, no se trataba de una emergencia. Siempre que haya considerado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubrimos la atención.

Sin embargo, después de que el médico afirme que no se trataba de una emergencia, cubrimos la atención adicional solo si cumple con lo siguiente:

- Usa un proveedor de la red.
- La atención adicional que recibe se considera “atención de urgencia”, y usted sigue las normas para recibirla. Consulte la siguiente sección.

I2. Atención de urgencia

La atención de urgencia es aquella que recibe en situaciones que no son emergencias, pero que exigen atención inmediata. Por ejemplo, podría sufrir un brote de una afección preexistente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención de urgencia solo si cumple con lo siguiente:

- Recibe esta atención de parte de un proveedor de la red.
- Sigue las normas descritas en este capítulo.

Si no es posible ni razonable acudir a un proveedor de la red debido al tiempo, la ubicación o las circunstancias, cubrimos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si surgiese una situación de urgencia, sin llegar a ser apremiante, y se requieren servicios, acuda a un centro de urgencias. También puede comunicarse con el proveedor de atención primaria (PCP) si necesita indicaciones para llegar. Podrá acudir al PCP en su consultorio, o quizás le recomiende dirigirse a un centro de atención de urgencia participante para recibir tratamiento. Algunos hospitales cuentan con centros de urgencia en los que puede obtener ayuda.
También puede comunicarse con Atención al Cliente.

Atención de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda obtener atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención de urgencia que reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, las consultas de rutina al proveedor que sean necesarias desde el punto de vista médico, como los controles anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red de planes no está disponible de manera temporal.

Nuestro plan cubre la atención médica de emergencia y de urgencia en todo el mundo. Asimismo, se cubre la atención de emergencia y de urgencia en cualquier parte de los Estados Unidos.

I3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted seguirá teniendo derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre declarado: priorityhealth.com/dual26.

Durante un desastre declarado, si no puede acudir a un proveedor de la red, puede recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo alguno. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir los medicamentos en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el **capítulo 5** de este *Manual para el afiliado*.

J. Qué sucede si se le factura directamente por los servicios cubiertos

Si un proveedor le envía una factura a usted en lugar de enviarla a nuestro plan, debe pedirnos que la paguemos. Si pagó por los servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el **capítulo 7** de este *Manual para el afiliado* a fin de saber qué hacer.

No debe pagar la factura por su cuenta. Si lo hace, es posible que no podamos reembolsarle el dinero.

J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determine que son necesarios desde el punto de vista médico;
- que se enumeren en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **capítulo 4** de este *Manual para el afiliado*);
- que obtenga si sigue las normas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **debe pagar el costo total**.

Si quiere saber si pagamos algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a formular esta pregunta por escrito. Si le respondemos que no pagaremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el capítulo 9 de este *Manual para el afiliado*, se explica qué puede hacer si quiere que

---

cubramos un servicio o artículo médico. También se explica cómo apelar nuestra decisión sobre la cobertura. Llame a Atención al Cliente para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos algunos servicios hasta un límite determinado. Si excede el límite, paga el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Consulte el **capítulo 4** para conocer los límites específicos de los beneficios. Llame a Atención al Cliente para averiguar cuáles son los límites de beneficios y cuántos beneficios ha usado.

K. Cobertura de los servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica

K1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es una forma en que los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. En los estudios de investigación clínica autorizados por Medicare, se suelen solicitar voluntarios que participen. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de la atención (la que no está relacionada con el estudio) mediante nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica autorizado por Medicare, **no** necesita obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor. **No** es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio sean proveedores de la red. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos aquellos que exigen cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED, por sus siglas en inglés) y los estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE, por sus siglas en inglés). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y a otras normas del plan.

Antes de participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que se comunique con nosotros.

Si tiene previsto participar en un estudio de investigación clínica cubierto por Original Medicare para los afiliados, le recomendamos que usted o su administrador de atención se comuniquen con Atención al Cliente a fin de informárnoslo.

K2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para participar en un estudio de investigación clínica autorizado por Medicare, no pagará nada por los servicios que cubre el estudio. Medicare paga los servicios que cubre el estudio, así como los costos rutinarios relacionados con su

atención. Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica autorizado por Medicare, tendrá cobertura para la mayoría de los servicios y artículos que reciba como parte del estudio. Esto incluye lo siguiente:

- Alojamiento y alimentación durante una hospitalización que Medicare pagaría aunque no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Si se ofrece como voluntario para participar en estudio de investigación clínica autorizado por Medicare, nosotros pagamos los costos que Medicare no cubra y que nuestro plan apruebe. Si participa en un estudio que Medicare **no** ha aprobado, usted paga los costos asociados con la participación en este. Medicare y Priority Health no proporcionarán cobertura.

K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, lea “Medicare y los estudios de investigación clínica” en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

L. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

L1. Definición de institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

La institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un lugar que brinda la atención que, en general, recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos la atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud.

Este beneficio solo corresponde a los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios no médicos para el cuidado de la salud).

L2. Atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Para recibir atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud,

---

debe firmar un documento legal en el que declare que se opone a recibir tratamiento médico que no sea “obligatorio”.

- El tratamiento médico “no obligatorio” es aquella atención o tratamiento **voluntario y no exigido** por ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico “obligatorio” es aquella atención o tratamiento **no voluntario y exigido** por la ley federal, estatal o local.

Si desea que la cobertura de nuestro plan se aplique, la atención médica que reciba de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución encargada de brindar la atención deberá contar con la certificación de Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro:
    - Debe tener una afección médica que justifique la prestación de servicios cubiertos de atención para pacientes hospitalizados o de atención en un centro de enfermería especializada.
    - – y – debe obtener nuestra aprobación antes de ingresar al centro; de lo contrario, **no** cubriremos su hospitalización.

Consulte la Tabla de beneficios del capítulo 4, llamada Tabla de beneficios médicos, en la sección Atención para pacientes hospitalizados, a fin de obtener información sobre la distribución de costos. Este beneficio ofrece tiempo indefinido en cuanto al período de hospitalización.

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. DME como afiliado a nuestro plan

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, camas eléctricas, muletas, productos para pacientes diabéticos, aparatos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas hospitalarias solicitadas por un proveedor para usar en el hogar.

Siempre será propietario de algunos artículos de DME, como las prótesis.

En Original Medicare, aquellas personas que alquilan algunos tipos de DME adquieren el equipo después de asumir los copagos por el artículo durante un período de 13 meses. Sin embargo, como afiliado a **Priority**Medicare Dual Premier, puede adquirir determinados artículos de equipo médico duradero alquilados mientras mantenga la afiliación a nuestro plan después de 13 pagos consecutivos. Para obtener más información, llame a Atención al Cliente.

M2. Adquisición de DME si se cambia a Original Medicare

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan algunos tipos de DME pasan a ser propietarios de estos después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar algunos tipos de DME antes de poder adquirirlos.

Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos mediante Original Medicare, o la cantidad de pagos consecutivos establecido por el plan MA, para adquirir el artículo de DME en los siguientes casos:

- no adquirió el artículo de DME mientras estaba en nuestro plan;
  y
- abandona nuestro plan y obtiene los beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Original Medicare o de un plan MA.

Si hizo pagos por el artículo de DME mediante Original Medicare o un plan MA antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Original Medicare o del plan de MA no cuentan para los pagos que debe hacer después de abandonar nuestro plan**.

- Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos mediante Original Medicare, o la cantidad de pagos nuevos consecutivos que establezca el plan MA, para adquirir el artículo de DME.
- No hay excepciones a esto cuando regresa a Original Medicare o a un plan MA.

M3. Beneficios del equipo de oxígeno como afiliado a nuestro plan

Si califica para recibir algún equipo de oxígeno cubierto por Medicare, cubrimos lo siguiente:

- el alquiler de los equipos de oxígeno;
- el suministro y el contenido de oxígeno;

- los tubos y accesorios relacionados para el suministro y el contenido de oxígeno;
- el mantenimiento y la reparación del equipo de oxígeno.

El equipo de oxígeno debe devolverse cuando ya no sea necesario desde el punto de vista médico para usted o si abandona nuestro plan.

M4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare o a otro plan Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es necesario desde el punto de vista médico y **usted abandona nuestro plan y se cambia a Original Medicare**, lo alquila a un proveedor durante 36 meses. Los pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados con anterioridad.

Si el equipo de oxígeno es necesario desde el punto de vista médico **después de haberlo alquilado durante 36 meses,** su proveedor debe proporcionarle lo siguiente:

- Equipos de oxígeno, suministros y servicios durante otros 24 meses
- Equipos y suministros de oxígeno durante, como máximo, 5 años si es necesario desde el punto de vista médico

Si el equipo de oxígeno sigue siendo necesario desde el punto de vista médico **al final del período de 5 años:**

- Su proveedor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede optar por adquirir equipos de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Se lo alquila a un proveedor durante 36 meses.
- Su proveedor le proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Cada 5 años comienza un nuevo ciclo, siempre y cuando el equipo de oxígeno sea necesario desde el punto de vista médico.

Cuando el equipo de oxígeno sea necesario desde el punto de vista médico y **usted abandone nuestro plan y se cambie a otro plan MA**, el plan cubrirá, como mínimo, lo que cubre Original Medicare. Puede preguntar al nuevo plan MA qué equipos y suministros de oxígeno cubre, y qué deberá pagar usted.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

En este capítulo, se describen los servicios que cubre nuestro plan y las restricciones o límites que se aplican a dichos servicios. También se incluye información sobre los beneficios que no cubre nuestro plan. La terminología clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para el afiliado*.

Índice

A. Sus servicios cubiertos 61

B. Normas contra los proveedores que cobran por sus servicios 61

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan 61

D. Tabla de beneficios de nuestro plan 65

E. Beneficios cubiertos fuera del plan 157

F. Beneficios sin cobertura de nuestro plan, Medicare ni Michigan Medicaid 159

A. Sus servicios cubiertos

En este capítulo, se explican los servicios que cubre nuestro plan. También puede obtener información sobre los servicios que no se cubren. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el **capítulo 5** de este *Manual para el afiliado*. En este capítulo, también se explican los límites de algunos servicios.

Como recibe ayuda de Michigan Medicaid, no paga nada por los servicios cubiertos, siempre y cuando siga las normas de nuestro plan. Consulte el **capítulo 3** de este *Manual para el afiliado* a fin de obtener más detalles sobre las normas de nuestro plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios se cubren, llame a su administrador de atención o a Atención al Cliente al 833.838.0983.

B. Normas contra los proveedores que cobran por sus servicios

No permitimos que nuestros proveedores le cobren por los servicios cubiertos dentro de la red. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos contra cualquier cargo. Esto es así incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si la recibe, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para el afiliado* o llame a Atención al Cliente.

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan

En la Tabla de beneficios, se indican los servicios que cubre nuestro plan. Se enumeran los servicios cubiertos en orden alfabético y se explican.

Pagamos los servicios que figuran en la Tabla de beneficios cuando se cumplen las siguientes normas. No debe pagar nada por los servicios que figuran en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos que se describen a continuación.

- Ofrecemos servicios cubiertos por Medicare y por Michigan Medicaid de acuerdo con las normas establecidas por Medicare y Michigan Medicaid.
- Los servicios, incluidos la atención médica, los servicios de salud conductual y por consumo de sustancias, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los equipos y los medicamentos, deben ser “necesarios desde el punto de vista médico”. El término “necesario desde el punto de vista médico” describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o

tratar una afección médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o en un centro de enfermería.

- En el caso de los nuevos afiliados, durante los primeros 90 días, es posible que no les exijamos que obtengan la autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe la atención de un proveedor de la red. Los proveedores de la red son aquellos que trabajan con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no se cubrirá, a menos que se trate de una emergencia o de una urgencia, o que su plan o un proveedor de la red le haya dado una derivación. En el **capítulo 3** de este *Manual para el afiliado*, se incluye más información sobre el uso de los proveedores de la red y fuera de esta.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que le brinda y gestiona la atención. Su PCP puede recomendarle otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Esto se denomina “derivación”. En el **capítulo 3** de este *Manual para el afiliado*, se incluye más información sobre cómo obtener una derivación cuando **no** la necesita.
- Cubrimos algunos servicios de la Tabla de beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación primero. A esto se lo denomina “autorización previa” (PA, por sus siglas en inglés). En la Tabla de beneficios, indicamos con una nota al pie los servicios cubiertos que requieren PA. Si su plan aprueba una solicitud de PA para un tratamiento, dicha aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea razonable y necesario desde el punto de vista médico para evitar interrupciones en la atención, según los criterios de cobertura, los antecedentes médicos y las recomendaciones del proveedor que lo atiende.

Información importante sobre beneficios para afiliados con algunas afecciones crónicas.

Si tiene alguna de las enfermedades crónicas que se enumeran a continuación y cumple con determinados criterios médicos, puede ser elegible para obtener otros beneficios.

- Consumo crónico de alcohol y drogadicción.
- Trastornos autoinmunitarios limitados a: poliarteritis nodosa, polimialgia reumática, polimiositis, dermatomiositis, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y esclerodermia.
- Cáncer.
- Trastornos cardiovasculares limitados a: arritmias cardíacas, enfermedad coronaria y enfermedad vascular periférica.
- Enfermedad gastrointestinal crónica: enfermedad hepática crónica, enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD, por sus siglas en inglés), hepatitis B, hepatitis C, pancreatitis, síndrome del intestino irritable y enfermedad inflamatoria intestinal.
- Enfermedad renal crónica (CKD, por sus siglas en inglés): CKD que requiere diálisis o enfermedad renal en fase terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) y CKD que no requiere diálisis.
- Demencia.
- Diabetes mellitus y prediabetes (glucosa en ayunas: de 100 a 125 mg/dl o Hgb A1c: de 5.7 a 6.4).
- Cuidados posteriores al trasplante de órganos.
- Trastornos hematológicos graves limitados a: anemia aplásica, hemofilia, púrpura trombocitopénica inmunitaria, síndrome mielodisplásico, anemia de células falciformes (excluido el rasgo falciforme) y trastorno tromboembólico venoso crónico.
- VIH/sida.
- Afecciones que pueden causar dificultades funcionales similares y requerir servicios similares: lesión medular, parálisis, pérdida de una extremidad, accidente cerebrovascular, artritis, afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato, afecciones que requieren tratamiento continuo y servicios para que las personas mantengan o conserven sus funciones.
- Trastornos pulmonares crónicos limitados a: asma, bronquitis crónica, enfisema, fibrosis pulmonar e hipertensión pulmonar.
- Trastornos mentales crónicos e incapacitantes limitados a: trastornos bipolares, trastornos depresivos mayores, trastorno paranoide, esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastornos alimentarios y trastornos de ansiedad.

- Trastornos neurológicos limitados a: esclerosis lateral amiotrófica (ALS, por sus siglas en inglés), parálisis cerebral, epilepsia, parálisis extensa (es decir, hemiplejía, tetraplejía, paraplejía, monoplejía), enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, polineuropatía, estenosis espinal y déficit neurológico relacionado con accidente cerebrovascular, síndrome de fatiga crónica, lesiones de la médula espinal y lesión cerebral traumática.
- Accidente cerebrovascular (ACV).
- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico.
- Afecciones que pueden causar deterioro cognitivo: enfermedad de Alzheimer, discapacidades intelectuales y del desarrollo, traumatismo craneoencefálico, enfermedades mentales incapacitantes asociadas con deterioro cognitivo y deterioro cognitivo leve.
- Hipertensión crónica.
- Osteoporosis.
- Dolor de espalda crónico.

- A fin de ser elegible para los beneficios complementarios especiales dirigidos a afiliados con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés), debe recibir el diagnóstico de una o más de las siguientes afecciones crónicas, presentar un alto riesgo de hospitalización u otros problemas de salud graves y necesitar que se coordinen sus cuidados intensivos.
- Las afecciones crónicas pueden identificarse según la información de los datos de reclamaciones de sus proveedores, su evaluación de riesgos de salud o la evaluación en línea de los beneficios complementarios especiales dirigidos a afiliados con enfermedades crónicas.
- Consulte la columna “Ayuda con determinadas afecciones crónicas” de la Tabla de beneficios para obtener más información. Para obtener más información, comuníquese con Atención al Cliente.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana muestra los servicios preventivos de la Tabla de beneficios.

Esta estrella se encuentra junto a los beneficios que ofrece nuestro plan además de lo que cubren Original Medicare y Michigan Medicaid.

D. Tabla de beneficios de nuestro plan

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Prueba de detección del aneurisma en la aorta abdominal Pagamos una ecografía de detección única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si tiene determinados factores de riesgo y si su médico, asistente médico, profesional de la salud de enfermería o personal de enfermería clínica especialista lo deriva a ella.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Acupuntura Pagamos hasta 12 consultas de acupuntura en 90 días si tiene dolor lumbar crónico, definido como: • aquel que dura 12 semanas o más; • no específico (sin causa sistémica identificable, es decir, no asociado a ninguna enfermedad metastásica, inflamatoria ni infecciosa); • no es compatible con ninguna cirugía; • no se debe al embarazo. Además, pagamos ocho sesiones más de acupuntura para el dolor lumbar crónico si mejora. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura al año para el dolor lumbar crónico. Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora. Requisitos que debe cumplir el proveedor: Los médicos (tal y como se definen en el Artículo 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA, por sus siglas en inglés), los enfermeros profesionales (NP, por sus siglas en inglés) /especialistas en enfermería clínica (CNS, por sus siglas en inglés), según se indica en el Artículo 1861(aa) (5) de la Ley, y el personal auxiliar pueden proporcionarle servicios de acupuntura siempre y cuando cumpla con todas las condiciones que establezca el estado y cuente con lo siguiente: **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

	Servicio cubierto	El monto que usted debe pagar
	Acupuntura (continuación) Los asistentes médicos (PA), los enfermeros profesionales (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS), según se indica en el Artículo 1861(aa)(5) de la Ley, y el personal auxiliar pueden proporcionarle servicios de acupuntura siempre y cuando cumpla con todas las condiciones que establezca el estado y cuente con lo siguiente: • un título de máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM, por sus siglas en inglés); • una autorización actual, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del Distrito de Columbia. El personal auxiliar que ofrezca los servicios de acupuntura deberá estar bajo la supervisión de un médico, PA o NP/CNS, tal como se estipula en nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	$0 por cada servicio de acupuntura cubierto por Medicare.
☆	**Acupuntura de rutina no cubierta por Medicare** Consultas de acupuntura de rutina (hasta 6) para otras afecciones, tales como: dolores de cabeza, ansiedad, problemas de sueño, artritis, efectos secundarios de la quimioterapia y trastornos respiratorios.	$0 de copago por cada consulta de acupuntura de rutina no cubierta por Medicare, hasta un máximo de 6 al año.

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Equipos y suministros médicos adaptativos El plan cubre dispositivos, controles o aparatos que le permiten aumentar su capacidad para realizar actividades cotidianas o para percibir, controlar o comunicarse con el entorno en el que vive. Los servicios pueden incluir los siguientes: • Sillas o bancos para ducha • Sillas elevadoras • Asientos de inodoro elevados • Alcanzadores • Abrelatas • Asientos de transferencia • Elevadores para baños o para habitaciones • Discos giratorios • Ayudas para el baño, como estropajos de mango largo • Ayudas telefónicas • Relojes o dispositivos automáticos o telefónicos que ayudan a recordar la toma de medicamentos • Ganchos para botones o tiradores de cremallera • Utensilios modificados para la cocina • Ayudas modificadas para la higiene bucal • Herramientas modificadas para el aseo • Almohadillas térmicas • Recipientes para objetos punzantes • Artículos para ejercicio y otros artículos terapéuticos • Monitor de presión arterial con salida de voz • Suplementos nutricionales, tales como Ensure	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Prueba de detección del consumo excesivo de alcohol y apoyo psicológico relacionado Pagamos una prueba de detección del consumo excesivo de alcohol para adultos que consumen alcohol, pero no presentan dependencia. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si el resultado de la prueba de detección del consumo excesivo de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de apoyo psicológico presencial cada año (si se encuentra en condiciones y está alerta durante el apoyo psicológico) con un proveedor de atención primaria (PCP) calificado o un médico en un centro de atención primaria.	$0
	Suero e inyectables contra alergias Cuenta con cobertura para el uso de suero e inyectables contra alergias (antígenos) de la Parte B de Medicare cuando se considere necesario desde el punto de vista médico. **Nota:** Consulte la sección “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos ambulatorios” si quiere obtener información sobre las pruebas contra la alergia cubiertas por Medicare.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en situaciones de emergencia o que no sean de emergencia, incluyen servicios terrestres y aéreos (avión y helicóptero), así como servicios de ambulancia. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano donde puedan atenderlo. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar al centro de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida. Debemos aprobar los servicios de ambulancia en otros casos (no de emergencia). En casos que no sean emergencias, es posible que paguemos la ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar al centro de atención médica puedan poner en riesgo su vida o su salud.	$0
	Cubrimos los servicios de ambulancia siempre que no se trate de un traslado a un centro médico si se encuentra estable en su hogar u otro lugar. Tenga en cuenta que este servicio no está cubierto fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	
	Los servicios de ambulancia en medio de situaciones apremiantes, que se brinden fuera de los Estados Unidos y sus territorios, están cubiertos cuando se relacionen con un traslado de emergencia. El pago se realiza por los servicios de ambulancia necesarios que cumplen con los demás requisitos de cobertura del programa de Medicare y se prestan en relación con un centro de emergencia. *Es posible que se requiera autorización previa.*	

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Examen físico preventivo anual Si el motivo de la cita es el examen anual programado, no se le cobrará la consulta, por ser afiliado a este plan, y no se tomará en cuenta la duración. Es una oportunidad para que usted y el médico aborden cualquier inquietud o pregunta que pudiese surgir. El examen incluye la medición de la estatura, el peso, el índice de masa corporal, la presión arterial, la prueba de detección de agudeza visual y otras mediciones de rutina.	$0
	Consulta anual de bienestar Puede hacerse un control anual. Lo necesitamos para elaborar o actualizar un plan de prevención en función de sus factores de riesgo actuales. Pagamos esto una vez al año calendario. **Nota:** La primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a la consulta de **"Bienvenido a Medicare"**. Sin embargo, no es necesario haber asistido a una consulta de **"Bienvenido a Medicare"** para recibir consultas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. Al igual que el examen físico preventivo anual, no se le cobrará por la consulta, independientemente del tiempo que transcurra conversando con el médico.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Medición de masa ósea Pagamos algunos procedimientos para los afiliados que califican (por lo general, personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o determinan la calidad ósea. Pagamos los servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si es necesario desde el punto de vista médico. También pagamos a un médico para que examine los resultados y los comente.	$0
	Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías) Pagamos los siguientes servicios: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de seno una vez cada 24 meses	$0
	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y apoyo psicológico. Los afiliados deben cumplir con determinadas condiciones y tener una orden médica. También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Consulta para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (tratamiento para enfermedades cardíacas) Pagamos una consulta al año, o más si es necesario desde el punto de vista médico, con su proveedor de atención primaria (PCP) para que pueda reducir el riesgo de enfermedades cardíacas. Durante la consulta, el médico puede hacer lo siguiente: • Hablar sobre el uso de aspirinas. • Revisarle la presión arterial. • Darle consejos para asegurarse de que se alimente bien.	$0
	Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón) Pagamos los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos debidos al alto riesgo de tener enfermedades cardíacas.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Servicios de apoyo a los cuidadores Carallel® brinda los servicios de apoyo a los cuidadores. El uso de este beneficio no tiene ningún costo para usted. Todos los afiliados a Priority Health y sus familias pueden acceder a los servicios de apoyo a los cuidadores. Los asesores de atención de Carallel brindan apoyo e investigación sobre temas como seguros médicos, apoyo emocional, control del estrés, vivienda y transporte, y orientación sobre asuntos financieros y legales. Carallel ofrece herramientas y recursos en línea que proporcionan asistencia personalizada adaptada a su situación particular. Para inscribirse en los servicios de apoyo a los cuidadores de Carallel, llame al 1-877-715-7872, de 8 a. m. a 7 p. m., hora del este, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Inscríbase en línea en http://app.carallel.com/priorityhealth.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Prueba de detección del cáncer cervical y vaginal Pagamos los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Para las mujeres con alto riesgo de cáncer cervical o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para las mujeres que hayan tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y estén en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Pruebas del virus del papiloma humano (VPH), como parte de una prueba de Papanicolaou, una vez cada 5 años si su edad fluctúa entre 30 a 65 años y, además, es asintomática.	$0
	Servicios quiroprácticos Pagamos los siguientes servicios: • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
☆	**Servicios quiroprácticos no cubiertos por Medicare** Las consultas de rutina no cubiertas por Medicare pueden usarse para tratar afecciones que incluyen, entre otras, dolor de espalda, dolor de cuello y dolores de cabeza.	$0 por cada consulta de rutina no cubierta por Medicare o Medicaid, hasta un máximo de 24 al año. $0 por un servicio de radiografía de rutina no cubierto por Medicare o Medicaid realizado por un quiropráctico una vez por año del plan.
	Servicios de tratamiento y control del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que tienen dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, la administración de medicamentos y la coordinación y planificación de la atención.	$0 por día por por proveedor por las evaluaciones del dolor realizadas en el consultorio del PCP. $0 por día por proveedor por las evaluaciones del dolor realizadas en el consultorio de un especialista. $0 por día por proveedor por las sesiones de fisioterapia/terapia ocupacional. $0 por la administración de medicamentos, la coordinación y la planificación de la atención realizadas una vez por mes.

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	CogniFit® Entrene el cerebro con algo más que juegos. • Disfrute del modo de entrenamiento cerebral en línea diseñado especialmente para usted, con el que podrá mejorar la memoria y la concentración. • Establezca recordatorios y realice un seguimiento del progreso para alcanzar sus metas. Para inscribirse en CogniFit®, visite *youronepass.com*. Visite la sección de beneficios de One Pass (Fitness) para obtener más información sobre cómo empezar.	$0
	Prueba de detección del cáncer colorrectal Pagamos los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima ni máxima y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes sin riesgo elevado; cada 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes sin riesgo elevado de cáncer colorrectal; y una vez cada 24 meses para pacientes con riesgo elevado, después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Prueba de detección del cáncer colorrectal (continuación) • La colonografía por tomografía computarizada se cubre para pacientes de 45 años o más sin riesgo elevado de cáncer colorrectal, siempre que hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o 47 meses desde el mes en que se efectuó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. En el caso de los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede pagar una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada al menos 23 meses después del mes en que se efectuó la última colonografía por tomografía computarizada o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes sin alto riesgo después de haberse sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba de ADN en heces con varios marcadores para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores sanguíneos para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Prueba de detección del cáncer colorrectal (continuación) • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez transcurridos al menos 48 meses desde el último enema de bario de detección o la última sigmoidoscopia flexible de detección. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento cuando una prueba de detección no invasiva basada en heces, cubierta por Medicare, arroja un resultado positivo.	
	Servicios de los trabajadores comunitarios de salud (CHW) Los trabajadores comunitarios de salud (CHW, por sus siglas en inglés) son proveedores de salud pública sin autorización que facilitan el acceso a los servicios sociales y de salud necesarios para los afiliados. Los servicios de los CHW se centran en prevenir enfermedades, discapacidades y otras afecciones crónicas o su progresión, así como en fomentar la salud física y mental. Un proveedor con autorización debe recomendar los servicios de los CHW. Las condiciones que pueden definir la elegibilidad de un afiliado para los servicios de CHW incluyen las siguientes: • Diagnóstico de una o más afecciones crónicas, incluidas las relacionadas con la salud conductual. • Necesidades sociales relacionadas con la salud que se sospechan o se han documentado como insatisfechas. • Embarazo y posparto.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar

	Servicios odontológicos
	
	PriorityMedicare Dual Premier pagará los siguientes servicios:
	• Los exámenes y las evaluaciones se cubren una vez cada seis meses.
	• La limpieza es un beneficio cubierto una vez cada seis meses.
	• Se cubren, como máximo, seis aplicaciones de por vida del tratamiento con fluoruro de diamino de plata. El barniz de fluoruro se cubre una vez cada 6 meses para los afiliados menores de 21 años.
	• Radiografías
	  ○ Las radiografías interproximales son un beneficio cubierto solo una vez en un período de 12 meses.
	  ○ Las radiografías de la boca completa o panorámicas son un beneficio cubierto una vez cada cinco años.
	• Empastes.
	• Extracciones de dientes.
	• Las prótesis dentales completas o parciales se cubren una vez cada cinco años.
	• Los selladores se cubren una vez cada tres años, si se cumplen los criterios.
	• Las restauraciones indirectas (coronas) se cubren una vez cada 5 años, por diente, si se cumplen los criterios.
	• Tratamiento de conducto radicular o retratamiento de conducto radicular previo.
	• Evaluación periodontal integral una vez cada 12 meses. Nota: La evaluación periodontal completa no es un beneficio cubierto cuando se factura junto con otros exámenes bucales o dentro de los seis meses posteriores a estos.
	
	Este beneficio continúa en la página siguiente.
		$0

	Servicio cubierto	El monto que usted debe pagar
	Servicios odontológicos (continuación) • Raspado en presencia de inflamación una vez cada seis meses. • Raspado y alisado radicular periodontal (una vez cada 2 años por cuadrante, máximo de 2 cuadrantes por día). Nota: El raspado en presencia de inflamación no se cubre dentro de los 6 meses posteriores a la profilaxis, el raspado y alisado radicular, el mantenimiento periodontal o los procedimientos de desbridamiento. • Otros mantenimientos periodontales. Pagamos algunos servicios odontológicos cuando son parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal de una persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para un tratamiento de radioterapia contra el cáncer que afecta a la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de órganos. *Es posible que se requiera autorización previa.*	
🍎	**Prueba de detección de la depresión** Pagamos una prueba de detección de la depresión al año. La prueba de detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o derivaciones.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Servicios del programa de prevención de la diabetes Nuestro plan pagará los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare y los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Míchigan: **Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)** • Nuestro plan pagará los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) para las personas elegibles. Con el MDPP, podrá adoptar comportamientos saludables. Ofrece capacitación práctica en lo siguiente: o Cambios en la alimentación a largo plazo. o Aumento de la actividad física. o Formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. **Servicios del Programa de prevención de la diabetes de Michigan (MiDPP)** • Nuestro plan pagará 28 sesiones estructuradas de una hora de duración para el cambio de hábitos de salud, impartidas por un asesor del estilo de vida • inscrito en Medicaid y asociado a un proveedor inscrito en MiDPP, para los afiliados que cumplan con estos requisitos: o Tengan sobrepeso u obesidad según lo define el índice de masa corporal (IMC) y presenten alguna de las siguientes características: o Niveles elevados de glucosa en sangre según los estándares de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) que establecen los requisitos de dicho nivel. o Antecedentes de diabetes mellitus gestacional (GDM, por sus siglas en inglés). o Puntaje de “alto riesgo” en la prueba de riesgo de prediabetes de los CDC. o Un afiliado con diagnóstico previo de diabetes de tipo 1 o de tipo 2, o una afiliada que está embarazada no puede inscribirse en el MiDPP.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Prueba de detección de la diabetes Pagamos esta prueba de detección (que incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: • Presión arterial alta (hipertensión). • Antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia). • Obesidad. • Antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre. Las pruebas pueden cubrirse en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede calificar para, como máximo, dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de la última prueba de detección de la diabetes.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar

	Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes
	
	Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (tanto si usan insulina como si no):
	• Suministros para controlar la glucosa en sangre, como lo siguiente:
	  ○ Un monitor para medir la glucosa en sangre.
	  ○ Tiras reactivas para medir la glucosa en sangre.
	  ○ Dispositivos de lanceta y lancetas.
	  ○ Soluciones para el control de la glucosa que permiten verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores.
	• En el caso de las personas con diabetes que tienen alguna enfermedad grave del pie diabético, cubrimos lo siguiente:
	  ○ Un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (con las plantillas), incluido el ajuste, y dos pares más de plantillas cada año calendario.
	  ○ Un par de zapatos ortopédicos con profundidad extra, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas al año (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se suministran con dichos zapatos).
	• En algunos casos, pagamos la capacitación para que pueda controlarse la diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Atención al Cliente.
		$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Servicios de parteros El plan cubrirá diferentes tipos de servicios de parteros, incluidos los parteros comunitarios, prenatales, de apoyo durante el trabajo de parto y el parto, y de posparto. El plan pagará doce consultas durante los períodos prenatal y posparto, y otra consulta para la asistencia durante el trabajo de parto y el parto. Se pueden pedir más consultas. El apoyo de los parteros durante el período perinatal puede incluir, entre otros, lo siguiente: • Servicios prenatales. • Servicios de trabajo de parto y parto. • Servicios posparto. **La recomendación para los servicios de parteros debe provenir de un proveedor de atención médica con autorización.**	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados Consulte el **capítulo 12** de este *Manual para el afiliado* a fin de conocer la definición de "equipo médico duradero (DME)". Cubrimos los siguientes artículos: • Sillas de ruedas. • Muletas. • Camas eléctricas. • Suministros para personas con diabetes. • Camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar. • Bombas de infusión intravenosa y soporte. • Dispositivos de generación de voz. • Equipos y suministros de oxígeno. • Nebulizadores. • Andadores. • Mango curvo estándar o bastón cuádruple y repuestos. • Tracción cervical (por encima de la puerta). • Estimulador óseo. • Equipo para diálisis. • Extractores de leche dobles eléctricos para uso personal. Se pueden cubrir otros artículos. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 por equipos y suministros cubiertos por Medicare y Medicaid. La distribución de costos por la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de $0 al mes. Si antes de inscribirse en **Priority**Medicare Dual Premier había realizado 36 meses de pagos de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno, la distribución de costos en **Priority**Medicare Dual Premier es de $0.

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) Pagamos todos los equipos médicos duraderos (DME) necesarios desde el punto de vista médico que suelen cubrir Medicare y Medicaid. Si nuestro proveedor en el área en la que vive no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. *Es posible que se requiera autorización previa.*	

Servicio cubierto	El monto que usted debe pagar
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que cumplen con lo siguiente: • los brinda un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia; **y** • son necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. ○ Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor intenso o deterioro rápido del estado de salud. La afección es tan grave que, si no se atiende de inmediato, cualquier persona con conocimientos básicos de salud y medicina podría prever que causaría: un riesgo grave para su vida o la del feto; **o** un daño grave a las funciones corporales; **o** • la pérdida de una extremidad o de la funcionalidad de una extremidad. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: ○ No hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto. ○ El traslado a otro hospital puede suponer un riesgo para su salud o seguridad, o para la del feto. Tiene cobertura para atención de emergencia en los Estados Unidos y en todo el mundo. **Nota:** Si en la sala de emergencias obtiene medicamentos autoadministrados cubiertos por la Parte D de Medicare, es posible que se cubran mediante el beneficio de medicamentos con receta de este plan. Consulte la sección A del capítulo 7 para obtener más información acerca de lo que sucede cuando obtiene un medicamento de la Parte D en un entorno médico.	$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que su emergencia se haya estabilizado, debe trasladarse a un hospital de la red para que se siga pagando la atención. Solo puede permanecer en el hospital fuera de la red a fin de recibir atención para pacientes hospitalizados si nuestro plan aprueba la hospitalización.

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Servicios para el manejo mejorado de enfermedades Nuestro equipo de administración de atención médica ayuda a los afiliados a encontrar recursos y programas comunitarios con el fin de lograr la máxima capacidad física o mental cuando se enfrenten a algunas de estas afecciones: • Afecciones crónicas que requieren un manejo mejorado de enfermedades. • Hospitalización por una complicación de una afección o enfermedad en pacientes identificados con un riesgo moderado o alto de reingreso. • Alta de un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados por un problema de salud conductual. • Patrones de uso elevado de opioides. • Enfermedad renal crónica. • Etapas avanzadas de una enfermedad crónica. (ICC, EPOC, oncología, diabetes, ERC)	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea dentro o fuera de la red, para recibir determinados servicios de planificación familiar. Esto incluye cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Pagamos los siguientes servicios: • Examen y tratamiento médico relacionados con la planificación familiar. • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico relacionados con la planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (dispositivo intrauterino [DIU], implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo). • Suministros para la planificación familiar con receta (condones, esponjas, espumas, películas, diafragmas, capuchones, etc.). **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

	Servicio cubierto	El monto que usted debe pagar
	Servicios de planificación familiar (continuación) • Apoyo psicológico y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados. • Apoyo psicológico, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS). • Apoyo psicológico y pruebas para la detección del VIH, el sida y otras afecciones relacionada. • Anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía). • Apoyo psicológico relacionado con la genética. También pagamos algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe usar un proveedor de nuestra red de proveedores para obtener los siguientes servicios: • Tratamiento para afecciones médicas relacionadas con la infertilidad (este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada). • Tratamiento para el sida y otras enfermedades relacionadas con el VIH. • Pruebas genéticas.	

	Servicio cubierto	El monto que usted debe pagar
	Servicios grupales de atención prenatal El plan pagará los servicios de atención prenatal grupal si tiene un embarazo de bajo riesgo que no exige control individual. Se la educará sobre temas relacionados con la salud, como la preparación para el parto, la nutrición y el ejercicio, el control del estrés, la lactancia materna, la crianza de los hijos y los métodos anticonceptivos. Las sesiones grupales, impartidas por un proveedor del cuidado de la salud capacitado, incluyen a otras personas que se encuentran en etapas similares del embarazo. El plan puede cubrir, como máximo, 12 sesiones grupales presenciales por embarazo, además de la consulta profesional individual obligatoria de maternidad, en los siguientes casos: • La sesión grupal es complementaria, pero no reemplaza la consulta individual de evaluación física prenatal. • La sesión grupal dura, como mínimo, 60 minutos (de 90 a 120 minutos). • Se documenta el tiempo dedicado a la sesión grupal. Una de las 12 sesiones grupales puede relacionarse con la consulta profesional posparto.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Programas de educación en salud y bienestar Estos programas se centran en afecciones como la EPOC, la ICC, la diabetes y la enfermedad renal. Se ofrece apoyo físico y mental o conductual para garantizar que los afiliados estén conectados con los programas o beneficios adecuados: • Programa para el manejo mejorado de enfermedades • Acondicionamiento físico (One Pass).®) • Educación sanitaria • Evaluación de las condiciones de seguridad en el hogar • Educación nutricional • Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS) • Conciliación del uso de medicamentos en el hogar después del alta • Control de seguimiento a distancia Para obtener más información, consulte el programa individual que se incluye en esta Tabla de beneficios médicos.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Educación sanitaria La educación sanitaria incluye: • Acceso a Teladoc Health Mental Health para recibir apoyo emocional en línea durante momentos difíciles. Inscríbase para crear una cuenta que ofrece actividades interactivas, herramientas de afrontamiento y otros recursos, entre los que se incluyen habilidades prácticas y el apoyo inspirador de la comunidad en *priorityhealth.com/mentalhealth*.. • ThinkHealth es un recurso en línea con consejos para llevar una vida saludable, información sobre tendencias en atención médica y educación sobre seguros médicos. Visite *thinkhealth.priorityhealth.com*.. • Mensajes para ayudarlo a entender los beneficios de su plan y obtener la atención que necesita. • Programas para ayudarlo a prevenir o manejar su(s) afección(es). • Acceso a un centro en línea personalizado que incluye información y herramientas adaptadas a sus necesidades específicas de salud y bienestar, por ejemplo, necesidades físicas, mentales y financieras. De esta manera, podrá lograr sus metas de salud por medio de una experiencia divertida y atractiva que ofrece recursos eficaces al alcance de su mano.	$0
	Servicios audiológicos Pagamos las pruebas audiológicas y de equilibrio que realiza su proveedor. Mediante estas pruebas, se indica si necesita tratamiento médico. Se cubren como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	$0 por cada examen audiológico cubierto por Medicare o Medicaid.

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Servicios audiológicos de rutina Pagamos hasta dos audífonos (uno por oído cada tres años). El beneficio se limita a los audífonos avanzados de la marca TruHearing, que están disponibles en varios estilos y colores. Debe acudir a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio. Llame al 1-833-714-5355 para programar una cita (los usuarios de TTY deben llamar al 711). La compra de audífonos incluye: • Primer año de consultas de seguimiento con el proveedor. • Período de prueba de 60 días. • Garantía extendida de 3 años. • Hasta 144 baterías por audífono. • Molde auditivo. El beneficio no incluye ni cubre nada de lo siguiente: • Audífonos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés). • Accesorios para audífonos. • Consultas con el proveedor adicionales. • Baterías adicionales. • Audífonos que no son los avanzados de la marca TruHearing. • Los costos asociados con reclamaciones por garantía de pérdidas y daños. Los costos asociados con artículos excluidos son responsabilidad del afiliado y no están cubiertos por el plan.	$0 por un examen audiológico de rutina al año. $0 por audífono avanzado, uno por oído, cada tres años.

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
☆	**Ayuda para determinadas afecciones crónicas** Con el fin de poder usar la tarjeta PriorityFlex para acceder a alimentos y productos agrícolas saludables, servicios de entrega de comidas, servicios de control de plagas, determinados servicios públicos, artículos para el hogar y artículos de cuidado personal, debe ser elegible para los beneficios complementarios especiales dirigidos a afiliados con enfermedades crónicas (SSBCI). Con el fin de calificar para el SSBCI, debe haber recibido el diagnóstico de una o más de las siguientes enfermedades crónicas, tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud y necesitar que se coordinen sus cuidados intensivos. Condiciones que califican: • Consumo crónico de alcohol y drogadicción. • Trastornos autoinmunitarios limitados a: poliarteritis nodosa, polimialgia reumática, polimiositis, dermatomiositis, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y esclerodermia. • Cáncer. • Trastornos cardiovasculares limitados a: arritmias cardíacas, enfermedad coronaria y enfermedad vascular periférica. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	Consulte PriorityFlex para obtener información sobre las asignaciones.

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Ayuda para determinadas afecciones crónicas (continuación) • Enfermedad gastrointestinal crónica: enfermedad hepática crónica, enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD, por sus siglas en inglés), hepatitis B, hepatitis C, pancreatitis, síndrome del intestino irritable y enfermedad inflamatoria intestinal. • Enfermedad renal crónica (CKD): CKD que requiere diálisis o enfermedad renal en fase terminal (ESRD) y CKD que no requiere diálisis. • Demencia. • Diabetes mellitus y prediabetes (glucosa en ayunas: de 100 a 125 mg/dl o Hgb A1c: de 5.7 a 6.4). • Cuidados posteriores al trasplante de órganos. • Trastornos hematológicos graves limitados a: anemia aplásica, hemofilia, púrpura trombocitopénica inmunitaria, síndrome mielodisplásico, anemia de células falciformes (excluido el rasgo falciforme) y trastorno tromboembólico venoso crónico. • VIH/SIDA. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Ayuda para determinadas afecciones crónicas (continuación) • Afecciones que pueden causar dificultades funcionales similares y requerir servicios similares: lesión medular, parálisis, pérdida de una extremidad, accidente cerebrovascular, artritis, afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato, afecciones que requieren tratamiento continuo y servicios para que las personas mantengan o conserven sus funciones. • Trastornos pulmonares crónicos limitados a: asma, bronquitis crónica, enfisema, fibrosis pulmonar e hipertensión pulmonar. • Trastornos mentales crónicos e incapacitantes limitados a: trastornos bipolares, trastornos depresivos mayores, trastorno paranoide, esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastornos alimentarios y trastornos de ansiedad. • Trastornos neurológicos limitados a: esclerosis lateral amiotrófica (ALS), parálisis cerebral, epilepsia, parálisis extensa (es decir, hemiplejía, tetraplejía, paraplejía, monoplejía), enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, polineuropatía, estenosis espinal **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Ayuda para determinadas afecciones crónicas (continuación) y déficit neurológico relacionado con un accidente cerebrovascular, síndrome de fatiga crónica, lesiones de la médula espinal y traumatismo craneoencefálico. • Accidente cerebrovascular (ACV). • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico. • Afecciones que pueden causar deterioro cognitivo: enfermedad de Alzheimer, discapacidades intelectuales y del desarrollo, traumatismo craneoencefálico, enfermedades mentales incapacitantes asociadas con deterioro cognitivo y deterioro cognitivo leve. • Hipertensión crónica. • Osteoporosis. • Dolor de espalda crónico. Para saber si califica, comuníquese con Atención al Cliente o visite priorityhealth.com/dual26.	
	Prueba de detección de la hepatitis C Medicare cubre una prueba de detección una vez siempre que usted cumpla con una o más de estas condiciones y si su médico lo indica: • Alto riesgo por el uso ilícito de medicamentos inyectables. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si se encuentra en alto riesgo, Medicare o Medicaid cubre las pruebas de detección anuales.	$0

	Servicio cubierto	El monto que usted debe pagar
	Prueba de detección del VIH Pagamos una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que cumplen con lo siguiente: • Solicitan una prueba de detección del VIH. • Tienen un mayor riesgo de infección por el VIH. Si está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.	$0
	Agencia de atención médica domiciliaria Antes de que pueda recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe informarnos que los necesita. Además, los debe proporcionar una agencia de atención médica domiciliaria. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de casa demanda un gran esfuerzo. Pagamos los siguientes servicios y, quizás, otros no mencionados aquí: • Servicios de enfermería especializada y de auxiliares para el cuidado de la salud en el hogar a tiempo parcial o intermitentes (para que los cubra el beneficio de cuidado de la salud en el hogar, los servicios de enfermería especializada y de auxiliares para el cuidado de la salud combinados deben sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. • Auxiliares para el cuidado de la salud en el hogar cuando se le proporciona un servicio de enfermería. **Nota:** El beneficio de atención medica domiciliaria no cubre los suministros médicos recetados por un médico, como los equipos de DME. Consulte “Equipo médico duradero y suministros relacionados” para obtener más detalles.	$0

	Servicio cubierto	El monto que usted debe pagar
	Terapia de infusión en el hogar Nuestro plan cubre la terapia de infusión en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o se aplican debajo de la piel y se le proporcionan en su hogar. Para realizar la infusión en el hogar, se necesita lo siguiente: • El fármaco o la sustancia biológica, como un antivírico o inmunoglobulina. • Equipos, como una bomba. • Suministros, por ejemplo, un tubo o catéter. Nuestro plan cubre servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, como servicios de enfermería, prestados según el plan de atención. • Capacitación y educación de los afiliados que no estén ya incluidas en el beneficio de DME. • Supervisión remota. • Servicios de control para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para infusión en el hogar suministrados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. • Este beneficio incluye suministros o servicios relacionados con medicamentos de infusión en el hogar. Este beneficio de servicios de infusión en el hogar solo cubre los medicamentos que figuran en el formulario con la designación “HI”. *Es posible que se requiera autorización previa.*	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Cuidados de hospicio Tiene derecho a optar por los cuidados de hospicio si su proveedor y el director médico del centro de cuidados de hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad en fase terminal y se prevé que le quedan seis meses o menos de vida. Puede obtener atención de cualquier programa de cuidados de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan debe brindarle ayuda para que encuentre programas de cuidados de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos intereses financieros. Su médico de cuidados de hospicio puede ser un proveedor de la red o uno fuera de ella. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención domiciliaria. **Los servicios de cuidados de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal se facturan a Medicare.** • Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará los servicios de cuidados de hospicio y cualquier servicio de la Parte A o la Parte B relacionados con su enfermedad en fase terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados de hospicio, su proveedor de cuidados de hospicio facturará a Original Medicare los servicios que Original Medicare paga. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 por la consulta inicial de cuidados de hospicio.

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Cuidados de hospicio (continuación) **En el caso de los servicios cubiertos por nuestro plan, pero no por la Parte A o la Parte B de Medicare:** • Nuestro plan cubre los servicios que no cubre la Parte A ni la Parte B de Medicare. Cubrimos los servicios independientemente de si se relacionan con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. **En el caso de los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan:** • Los cuidados de hospicio y el plan, en ninguna circunstancia, cubren los medicamentos en simultáneo. Para obtener más información, consulte el **capítulo 5** de este *Manual para el afiliado*.. **Nota:** Si necesita cuidados que no sean de hospicio, llame a su administrador de atención y/o a Atención al Cliente para coordinar los servicios respectivos. Estos cuidados implican un tipo de atención que **no** está relacionada con la fase terminal de su enfermedad. Nuestro plan cubre, por única vez, los servicios de consulta de cuidados de hospicio para un afiliado en fase terminal que no ha optado por dicho beneficio. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Vacunas Cubrimos los siguientes servicios: • Vacunas antineumocócicas. • Vacunas contra la gripe/influenza, cada vez que haya temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza, si se considera necesario desde el punto de vista médico. • Vacunas contra la hepatitis B Si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si presenta un riesgo y se cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. Tenga en cuenta que cubrimos la aplicación de otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el **capítulo 6** del *Manual para el afiliado* a fin de obtener más información.	$0
	Evaluación de las condiciones de seguridad en el hogar Una evaluación de las condiciones de seguridad en el hogar será realizada por un proveedor de atención médica, si usted no califica para una según el beneficio de atención médica de Original Medicare. Esta evaluación se centrará en los riesgos médicos y conductuales, como el riesgo de caídas o lesiones y cómo prevenirlos, e identificar los peligros y/o hacer las modificaciones correspondientes en todo el hogar.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Atención para pacientes hospitalizados Incluye hospitalización para atención aguda, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención del paciente hospitalizado comienza el día en que ingresa formalmente al hospital, es decir, cuenta con una orden médica. El día previo a recibir el alta médica será el último día de hospitalización. No existe un límite para el número de días cubiertos por el plan. Cubrimos el costo de los siguientes servicios, además de otros considerados necesarios desde el punto de vista médico que no figuran aquí: • habitación semiprivada o una habitación privada, si se considera necesario desde el punto de vista médico • Alimentación, incluidas las dietas especiales. • Servicios habituales de enfermería. • Costos de unidades de atención especial, como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios. • Fármacos y medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Servicios quirúrgicos y suministros médicos necesarios. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 Después de estabilizar su situación de emergencia, debe contar con la aprobación de nuestro plan para acceder a servicios de hospitalización fuera de la red.

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Atención para pacientes hospitalizados (continuación) • Aparatos, como sillas de ruedas. • Uso de quirófano y sala de recuperación. • Terapia física, ocupacional, del habla y del lenguaje. • Servicios de hospitalización para el consumo excesivo de sustancias. • En algunos casos, se pueden cubrir los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare estudiará su caso y decidirá si usted es candidato para una cirugía de trasplante. Los centros de servicios de trasplante pueden encontrarse en su localidad o fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplante locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces usted podrá someterse a esta cirugía en su localidad o fuera de la ruta de atención para trasplantes de su comunidad. Si nuestro plan proporciona servicios de trasplante fuera de la ruta de atención de nuestra comunidad y usted decide que el trasplante se realice en ese lugar, haremos las coordinaciones o cubriremos los costos de alojamiento y viaje para usted y un acompañante. Cubriremos el reembolso por transporte justificable, es decir, vehículo personal, alquiler de vehículo, autobús o avión, hasta por un total máximo combinado de $60 por día, sin exceder los 5 días de viaje por tierra hacia/desde el centro aprobado por Medicare o $300 por persona para viajes aéreos. Cubriremos el reembolso por hospedaje, ya sea en un hotel, motel, establecimientos de estadía prolongada o **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

	Servicio cubierto	El monto que usted debe pagar
	Atención para pacientes hospitalizados (continuación) apartamentos arrendados durante el período del episodio de atención, hasta por un máximo total combinado de $80 por día para dicho episodio, por ejemplo, hospitalización para el trasplante actual. El máximo combinado diario para el afiliado y/o su acompañante elegible es pagadero hasta por un máximo combinado de $160 diarios para gastos de alojamiento y viaje por persona para el episodio de atención. Medicare cuenta con un monto de reembolso máximo total aprobado de $6,000 para transporte y hospedaje justificable correspondientes al episodio de atención para un trasplante. Si los siguientes servicios no tienen una relación directa con el viaje o el alojamiento, no tendrán cobertura. Estos servicios incluyen: comidas, bebidas alcohólicas, mantenimiento o reparación de automóviles; viaje, pensión completa de alojamiento y alimentación en la que incurra el donante vivo; transporte para el posible donante fallecido hacia el centro de trasplantes. El episodio de atención se define como la etapa que comienza cuatro (4) días antes del trasplante aprobado por Medicare y termina un año después de la fecha del trasplante, en caso de que el afiliado continúe cubierto por un plan de Priority Health Medicare. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Servicios médicos. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

	Servicio cubierto	El monto que usted debe pagar
	Atención para pacientes hospitalizados (continuación) **Nota:** Para considerarse un paciente hospitalizado, el proveedor deberá escribir una orden para su ingreso formal como paciente interno del hospital, incluso si permanece una noche en el hospital, aun puede considerársele un "paciente ambulatorio". Si no tuviera la certeza de ser un paciente ambulatorio u hospitalizado, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Puede descargar esta hoja informativa desde Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital- Benefits.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. *Es posible que se requiera autorización previa.*	

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los Planes de seguro de salud pagados por adelantado para pacientes hospitalizados (PIHP, por sus siglas en inglés) a nivel regional o los Proveedores de servicios comunitarios para la salud mental (CMHSP, por sus siglas en inglés) se encargan de proporcionar servicios especializados de salud conductual de Medicaid. Esto incluye servicios de internamiento en hospitales psiquiátricos. • Si vive en el condado de Wayne, el plan lo derivará a la Red de Salud Integrada de Wayne en Detroit para recibir este servicio. • Si vive en el condado de Macomb, el plan lo derivará a Servicios Comunitarios para la Salud Mental del condado de Macomb para recibir este servicio. • Si vive en los condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren, el plan lo derivará a Southwest Michigan Behavioral Health para recibir este servicio. Consulte **la sección E2** de este capítulo para obtener más información. Cubrimos otros servicios de atención mental que no tienen cobertura de los PIHP, pero que aún requieren una hospitalización. Existe un límite de por vida de 190 días para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. Sin embargo, dicho límite no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se brindan en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Llame a nuestro Departamento de Salud Conductual al 800.673.8043 si tiene alguna pregunta. *Es posible que se requiera autorización previa.*.	$0

	Servicio cubierto	El monto que usted debe pagar
	Hospitalización: servicios cubiertos en un hospital o SNF durante un período de hospitalización sin cobertura Si ya agotó sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estancia hospitalaria no es justificable ni necesaria, no cubriremos dicha estancia. En algunos casos, cubriremos determinados servicios mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos. • Pruebas de diagnóstico, como análisis de laboratorio. • Radiografías, uso terapéutico del radio y radioisótopos, incluido los materiales y servicios del auxiliar. • Apósitos quirúrgicos. • Tablillas, yesos y otros aparatos empleados para disminuir las fracturas y dislocaciones. • Aparatos ortopédicos y prótesis, además de aparatos odontológicos, que reemplazan la totalidad o una parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido adyacente), o la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona de manera insuficiente, incluido el reemplazo o reparación de estos aparatos. • Férula de pierna, brazo, espalda y cuello, bragueros, pierna y brazo ortopédico, prótesis ocular, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a una rotura, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente. • Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional *Es posible que se requiera autorización previa.*	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Servicios y suministros para la enfermedad renal Cubrimos los siguientes servicios: • Servicios de charlas informativas sobre la enfermedad renal para hablar sobre los cuidados del riñón y ayudarle a tomar buenas decisiones acerca de su atención médica. Debe estar en la fase cuatro de una enfermedad renal crónica, y su médico debe emitirle una derivación. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de charlas informativas sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis ambulatoria, incluidos los tratamientos de diálisis si se encuentran fuera del área de servicio, como se explica en el **capítulo 3**del*Manual para el afiliado*, o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o se encuentra inaccesible de forma temporal. • Tratamientos de diálisis hospitalaria, si se interna en un centro hospitalario donde reciba una atención especial. • Capacitación para el tratamiento de diálisis, que incluye indicaciones para usted y cualquier persona que le brinde asistencia con sus tratamientos de diálisis en el hogar. • Equipos e insumos para la diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo en el hogar, como visitas necesarias por parte del personal especializado en servicios de diálisis para verificar su tratamiento en el hogar, ayudar en casos de emergencia y para verificar el equipo de diálisis y el suministro de agua. La Parte B de Medicare cubre los costos de algunos medicamentos para la diálisis. Para obtener más información, consulte "Medicamentos de la Parte B de Medicare" en esta tabla.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Prueba de detección para el cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) Nuestro plan cubre la prueba de detección para cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: • tiene entre 50 y 77 años, **y** • tiene una consulta para apoyo psicológico y toma de decisiones compartidas con su médico u otro proveedor calificado, **y** • ha fumado al menos 1 paquete al día durante 20 años y no presenta signos ni síntomas de cáncer de pulmón o fuma actualmente o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. Después de la primera evaluación, nuestro plan cubre una evaluación posterior cada año por indicación del médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor decide brindar un asesoramiento sobre la prueba de detección para cáncer de pulmón y una consulta relacionada con la toma de decisiones compartidas para someterse o no a estas pruebas, dicha consulta deberá cumplir con los criterios de Medicare correspondientes a este tipo de consultas.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Programa de Salud Materno-Infantil (MIHP) El programa de salud materno-infantil (MIHP, por sus siglas en inglés) es un programa de visitas domiciliarias dirigidas a mujeres y bebés con el fin de promover embarazos saludables y nacimientos sin complicaciones, así como el crecimiento y desarrollo saludable del bebé. Los servicios cubiertos por el programa MIHP incluyen: • Educación prenatal. • Clases de preparación para el parto. • Apoyo nutricional, charlas informativas y asesoramiento. • Apoyo para lactancia o la alimentación con leche de fórmula. • Apoyo en los problemas personales que puedan afectar su embarazo. • Evaluaciones del bebé recién nacido. • Derivaciones a recursos comunitarios y ayuda para encontrar cunas, asientos de seguridad para el bebé, ropa, entre otros. • Programa de apoyo para dejar de fumar. • Ayuda para dejar el abuso de sustancias. • Servicios de cuidado personal o de asistencia en el hogar.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Terapia nutricional médica Este beneficio está dirigido a personas diabéticas o que tengan una enfermedad renal sin necesitar diálisis. También se utiliza por indicación médica después de someterse a un trasplante de riñón. Cubrimos los costos por tres horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare. Es posible que aprobemos servicios adicionales si se consideran necesarios desde el punto de vista médico. Cubrimos los costos por dos horas de servicios de apoyo psicológico personalizado cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Cabe mencionar que un médico deberá recetar estos servicios y renovarlos cada año si requiere tratamiento el siguiente año calendario. Es posible que aprobemos servicios adicionales si se consideran necesarios desde el punto de vista médico.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Medicamentos de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre los costos de los siguientes medicamentos: • Medicamentos que, por lo general, no son autoadministrados por el paciente, pero que se inyectan o administran por medio de terapia de infusión mientras recibe atención de un médico, atención ambulatoria en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero, como una bomba de insulina necesaria desde el punto de vista médico. • Otros medicamentos que toma con un equipo médico duradero, como los nebulizadores, que fueron autorizados por el plan. • Leqembi®, o lecanemab (medicamento genérico), que se utiliza para tratar el Alzheimer por vía intravenosa (IV). • Factores de coagulación para que se aplique usted mismo el inyectable, si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia de medicamentos para trasplantes, siempre y cuando Medicare haya pagado por el trasplante de órgano. Debe contar con la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores en caso de que la Parte B no los cubra. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Cubrimos los costos de estos medicamentos, si está confinado en el hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica como causa de la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida, que podría ser usted, el paciente, los administra bajo una supervisión adecuada. • Algunos medicamentos orales anticancerosos: Medicare cubre algunos medicamentos contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un medicamento activo (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que nuevos medicamentos orales para tratar el cáncer oral estén disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D se hará cargo. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre estos medicamentos que toma como parte de un tratamiento de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a este tratamiento o se usan para reemplazar totalmente un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Algunos medicamentos orales para la enfermedad renal en fase terminal (ESRD), cubiertos por la Parte B de Medicare. • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar. • Algunos medicamentos para el tratamiento de diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto contra la heparina (cuando se considere necesario desde el punto de vista médico) y anestésicos de uso tópico. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

	Servicio cubierto	El monto que usted debe pagar
	Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Fármacos estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina en inyectable si tiene ESRD o si es necesaria para tratar la anemia vinculada con otras afecciones (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin alfa, Aranesp®, Darbepoetin alfa®, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epotin beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación por vía intravenosa y sonda). El siguiente enlace le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a un tratamiento escalonado: priorityhealth.com/DrugInfo. Haga clic en "Medicare Part B prior authorization criteria" (criterios de autorización previa de la Parte B de Medicare). La Parte B de Medicare también cubre algunas vacunas, así como la mayoría de las vacunas para adultos están cubiertas por nuestro beneficio de la Parte D de Medicare. En el **capítulo 5** del *Manual para el afiliado* se explica el beneficio para medicamentos. Se explica las reglas que debe seguir para que los medicamentos tengan cobertura. En el **capítulo 6** del *Manual para el afiliado* se explica el monto que debe pagar por sus medicamentos utilizando nuestro plan. *Es posible que se requiera autorización previa.*	

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Transporte médico que no se considera de emergencia El beneficio de Medicaid le brinda opciones para el transporte. Ofrecemos el servicio de transporte sin cargo para visitas al consultorio médico, citas para análisis de laboratorio, servicios hospitalarios que no son de emergencia, recojo de recetas, servicios dentales y otros servicios cubiertos por Medicaid, ya sea que estos sean proporcionados por su plan de salud de Medicaid o directamente a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS, por sus siglas en inglés). En algunos casos, podemos facilitar boletos de autobús o si dispone de vehículo propio o de alguien que lo traslade, puede solicitar el reembolso de los gastos de millaje. Llame a SafeRide al 1-833-944-0535 para obtener más información y programar un viaje. Llame 3 días antes de la cita para asegurarnos de contar con alguien disponible para asistirlo con el transporte. Si tiene una cita urgente que no se considere de emergencia, puede solicitar el servicio de transporte para ese mismo día. Al momento de llamar, tenga esta información a mano: • su nombre, número de identificación de afiliado y fecha de nacimiento; • la dirección y el número de teléfono del lugar donde lo recogerán; • la dirección y el número de teléfono del lugar de destino; • la fecha y hora de su cita; • el nombre de su proveedor. Se recomienda que los afiliados que tengan alguna necesidad especial, como adaptaciones para sillas de ruedas, accesorios para el uso de oxígeno, etc.) programen el servicio de transporte lo antes posible para que el proveedor adecuado pueda satisfacer sus necesidades.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Atención en un centro de enfermería Un centro de enfermería (NF, por sus siglas en inglés) es un lugar donde se brinda atención a personas que no pueden recibirla en casa, pero que no requieren hospitalización. Los servicios que cubrimos incluyen, entre otros: • habitación semiprivada o una habitación privada, si se considera necesario desde el punto de vista médico • alimentación, incluidas las dietas especiales • servicios de enfermería • terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • terapia respiratoria • medicamentos que se suministran como parte del plan de atención (Esto incluye las sustancias presentes en el organismo de manera natural, como los factores de coagulación de la sangre). • sangre, incluido el almacenamiento y la administración • suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los centros de enfermería • análisis de laboratorio, por lo general, realizados en centros de enfermería • radiografías y otros servicios radiológicos, generalmente realizados en centros de enfermería • uso de aparatos, como sillas de ruedas, generalmente facilitados por centros de enfermería **Este beneficio continúa en la página siguiente**	Cuando sus ingresos superen el monto permitido, usted debe abonar el costo de la atención recibida en el centro de enfermería. El monto permitido dependerá de la situación de cada persona y se determina cuando solicita asistencia para pagar los cuidados en un centro de enfermería. Este pago se le conoce como monto a cargo del paciente (patient pay amount, PPA) y es obligatorio, si usted vive en un centro de enfermería. Sin embargo, es posible que no deba pagar todos los meses. La responsabilidad financiera a cargo del paciente no se aplica a los días de permanencia en un centro de enfermería que fueron cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Atención en un centro de enfermería (continuación) • servicios brindados por médicos y otros profesionales de la salud • equipo médico duradero • servicios odontológicos, incluyendo prótesis dentales • beneficios para la vista • exámenes audiológicos • atención quiropráctica • servicios de podiatría Por lo general, se obtiene la atención médica en centros que forman parte de la red. Sin embargo, también puede obtenerla en un centro que no pertenezca a ella. Si aceptan los montos de pago de nuestro plan, puede recibir atención en los siguientes lugares: • un centro de enfermería o una comunidad para adultos mayores con asistencia continua donde vivía justo antes de hospitalizarse, siempre que le proporcionen atención como centro de enfermería. • un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja al momento en que usted recibe el alta hospitalaria. • el asilo de ancianos donde vivía cuando se inscribió en **Priority** Medicare Dual Premier. Este servicio está concebido como un cuidado asistencial de personal no médico a largo plazo y no interfiere con la atención de un centro de enfermería especializada. Para obtener este servicio, deberá cumplir con los requisitos de nivel de cuidado establecidos por Michigan Medicaid para centros de enfermería.	

Servicio cubierto	El monto que usted debe pagar
Educación nutricional Un dietista le ayudará a prevenir y tratar enfermedades y promoverá un estilo de vida saludable al recomendar hábitos de alimentación saludables y abordará la salud general de una persona a través de la dieta y la nutrición. Un nutricionista brindará un total de 12 evaluaciones personalizadas o grupales de nutrición, asesoramiento e información por teléfono y de forma presencial. Estas evaluaciones incluirían: • Ofrecer materiales de educación nutricional para promover la prevención, el manejo de enfermedades y una vida sana. • Aplicar las teorías conductuales y de aprendizaje para adultos adecuadas, con el fin de desarrollar, presentar y educar a los afiliados, proveedores y personal sobre temas de nutrición. • Trabajar estrechamente con el personal de gestión médica, farmacia y otros empleados de apoyo médico para ayudar con la planificación de la atención para afiliados. • Participar como miembro de las Tecnologías de Comunicación e Información (ICT, por sus siglas en inglés), según sea necesario • Estar actualizado sobre los últimos avances e investigaciones sobre diversos temas de salud y nutrición. • Actuar como un recurso para redes de salud, socios comunitarios y proveedores de Priority Health. Para personas con diabetes, enfermedad renal o después de un trasplante de riñón, consulte "Terapia nutricional médica".	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Evaluación de obesidad y tratamiento para continuar con la pérdida de peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento para ayudarle a bajar de peso. Debe recibir este asesoramiento en un entorno de atención primaria. De esa manera, se puede controlar con un plan preventivo completo. Hable con el proveedor de atención primaria para obtener más información.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	One Pass® (acondicionamiento físico) Descubra la alegría de sentirse bien en cuerpo, mente y espíritu. En One Pass, tenemos la misión de hacer que el ejercicio sea una experiencia atractiva para todos. One Pass le ayuda a alcanzar sus objetivos de acondicionamiento físico y a explorar nuevos intereses. Encuentre una rutina adecuada para usted, ya sea que entrene en casa o en el gimnasio. One Pass incluye: • Acceso a la red más grande de gimnasios y centros de acondicionamiento físico. • Clases de ejercicio en directo por Internet y entrenamientos que puede realizar cuando lo desee. • CogniFit®, el programa de entrenamiento cerebral hecho a medida para fortalecer su memoria y nivel de concentración. • Kit de acondicionamiento físico en el hogar (1 por año del plan) **Cómo comenzar** Empezar a usar One Pass es sencillo: 1. Visite *YourOnePass.com*. 2. Haga clic en "Get started" (comenzar) y siga las indicaciones. 3. En la página del panel de control, podrá obtener su código de miembro de One Pass. 4. Haga clic en "Fitness" (acondicionamiento físico) y luego en "Find Gyms" (buscar gimnasios) para buscar centros de acondicionamiento físico cerca de usted. 5. Lleve su código de miembro de One Pass a cualquier centro participante y el personal se encargará de activar su membresía para que pueda utilizarla en sus próximas visitas.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides (OTP) Nuestro plan cubre los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) a través de un programa especializado en tratar este trastorno (OTP, por sus siglas en inglés), que incluye: • actividades al momento del ingreso • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, supervisar su uso y administrárselos • asistencia psicológica para consumo de sustancias • terapia individual y grupal • pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el organismo (pruebas toxicológicas).	$0

	Servicio cubierto	El monto que usted debe pagar
	Pruebas de diagnóstico y servicios e insumos terapéuticos ambulatorios Cubrimos el costo de los siguientes servicios, además de otros considerados necesarios desde el punto de vista médico que no figuran aquí: • Radiografías y ecografías • Radioterapia, uso terapéutico del radio y radioisótopos, incluido los materiales e insumos para los auxiliares • Insumos quirúrgicos, como vendajes • Tablillas, yesos y otros aparatos empleados para disminuir las fracturas y dislocaciones • análisis de laboratorio • sangre, incluido el almacenamiento y la administración La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • pruebas diagnósticas que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando el médico u otro proveedor de atención médica las indican para tratar una afección médica • otras pruebas de diagnóstico ambulatorio, por ejemplo, pruebas de alergia, pruebas genéticas y estudios del sueño *Es posible que se requiera autorización previa.*	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Cubrimos los costos de servicios hospitalarios de observación prestados a pacientes ambulatorios para determinar si usted requiere hospitalización o puede ser dado de alta. Los servicios deben cumplir con los criterios establecidos por Medicare, además de ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación son cubiertos únicamente cuando se brindan por indicación médica o de otra persona autorizada según una ley estatal, establecida por ley, y en cumplimiento con el reglamento del personal hospitalario para el ingreso de pacientes al hospital o la solicitud de pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor emita una orden por escrito para su ingreso formal como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio, incluso si permanece una noche en el hospital, aun puede considerársele un paciente ambulatorio. Si no tuviera la certeza de ser un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare.* Puede descargar esta hoja informativa desde Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital- Benefits.pdf	$0 por todos estos servicios.

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los costos de aquellos servicios que se consideren necesarios desde el punto de vista médico y que se brinden en el Departamento de Atención Ambulatoria de un hospital con fines de diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión que incluyen: • Servicios prestados en un Departamento de Emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o de cirugía ambulatoria. o Los servicios de observación ayudan al médico a saber si usted necesita ingresar al hospital como "paciente hospitalizado". o Puede haber ocasiones en las que deba pasar la noche en el hospital y aun así ser "paciente ambulatorio". o En esta hoja informativa, encontrará más información sobre qué significa ser paciente hospitalizado o ambulatorio: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital- Benefits.pdf. • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, siempre y cuando un médico garantice que un tratamiento bajo hospitalización total no es necesario. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como tablillas y yesos. • Pruebas de detección preventivas y servicios que figuren en la Tabla de beneficios. • Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo. • Tratamiento de heridas *Es posible que se requiera autorización previa.*	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Cubrimos los costos de los servicios de salud mental que proporcione: • Un médico o psiquiatra con licencia estatal. • Un psicólogo clínico. • Un trabajador social clínico. • Un especialista en enfermería clínica. • Un consejero profesional con licencia (LPC). • Un terapeuta familiar y de pareja, con licencia (LMFT). • Un personal de enfermería profesional (NP). • Un asistente médico (PA). • Cualquier otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales vigentes. Los Planes de seguro de salud pagados por adelantado para pacientes hospitalizados (PIHP, por sus siglas en inglés) a nivel regional o los Proveedores de servicios comunitarios para la salud mental (CMHSP, por sus siglas en inglés) se encargan de proporcionar servicios especializados de salud conductual de Medicaid. Esto incluye atención de salud mental para pacientes ambulatorios. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

	Servicio cubierto	El monto que usted debe pagar
	Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación) • Si vive en el condado de Wayne, el plan lo derivará a la Red de Salud Integrada de Wayne en Detroit para recibir este servicio. • Si vive en el condado de Macomb, el plan lo derivará a Servicios Comunitarios de Salud Mental del Condado de Macomb para acceder a este servicio. • Si vive en los condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren, el plan lo derivará a Southwest Michigan Behavioral Health para recibir este servicio. Consulte **la sección E2** de este capítulo para obtener más información. *Es posible que se requiera autorización previa.* El plan cubrirá los costos por los siguientes servicios, y tal vez por otros que no figuran aquí, siempre y cuando sean beneficios de Medicare o Medicaid, pero no estén cubiertos por los PIHP: • Servicios clínicos • Atención diurna • Servicios de rehabilitación psicosocial	
	Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Cubrimos los costos por las sesiones de terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. Puede obtener servicios ambulatorios de rehabilitación que ofrecen los departamentos de atención ambulatoria de un hospital, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) y otros centros.	$0

	Servicio cubierto	El monto que usted debe pagar
	Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias Los Planes de seguro de salud pagados por adelantado para pacientes hospitalizados (PIHP, por sus siglas en inglés) a nivel regional o los Proveedores de servicios comunitarios para la salud mental (CMHSP, por sus siglas en inglés) se encargan de proporcionar servicios especializados de salud conductual de Medicaid. Esto incluye los servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias. • Si vive en el condado de Wayne, el plan lo derivará a la Red de Salud Integrada de Wayne en Detroit para recibir este servicio. • Si vive en el condado de Macomb, el plan lo derivará a Servicios Comunitarios de Salud Mental del Condado de Macomb para acceder a este servicio. • Si vive en los condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren, el plan lo derivará a Southwest Michigan Behavioral Health para recibir este servicio. Consulte **la sección E2** de este capítulo para obtener más información. *Es posible que se requiera autorización previa.*	$0
	Cirugía ambulatoria Cubrimos los costos por cirugías ambulatorias y servicios prestados en centros hospitalarios de atención ambulatoria y centros quirúrgicos ambulatorios. **Nota:** Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si requerirá hospitalización o atención ambulatoria. A menos que el proveedor emita una orden escrita para su ingreso formal como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio, incluso si permanece una noche en el hospital, aun puede considerársele un paciente ambulatorio.	$0

	Servicio cubierto	El monto que usted debe pagar
	Servicios de hospitalización parcial y servicios de cuidados intensivos para pacientes ambulatorios **Programa de hospitalización parcial**. Es un programa estructurado que brinda tratamiento psiquiátrico intensivo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o a través de un centro comunitario para la salud mental que es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y de pareja con licencia (LMFT, por sus siglas en inglés) o consejero profesional con licencia. Puede ayudarle a evitar que deba hospitalizarse. **Servicio intensivo para pacientes ambulatorios**. Es un programa estructurado que brinda tratamiento intensivo para la salud conductual (mental) como un servicio ambulatorio en un hospital, un centro comunitario para la salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional con licencia, pero menos que la hospitalización parcial. Este plan cubrirá los costos por los Servicios especializados de salud conductual de Medicaid, que incluyen servicios de hospitalización parcial. Los Planes de seguro de salud pagados por adelantado para pacientes hospitalizados (PIHP) a nivel regional o los Proveedores de servicios comunitarios de salud mental (CMHSP) se encargan de proporcionar servicios especializados de salud conductual de Medicaid. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

	Servicio cubierto	El monto que usted debe pagar
	Servicios de hospitalización parcial y servicios de cuidados intensivos para pacientes ambulatorios (continuación) • Si vive en el condado de Wayne, el plan lo derivará a la Red de Salud Integrada de Wayne en Detroit para recibir este servicio. • Si vive en el condado de Macomb, el plan lo derivará a Servicios Comunitarios para la Salud Mental del condado de Macomb para recibir este servicio. • Si vive en los condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren, el plan lo derivará a Southwest Michigan Behavioral Health para recibir este servicio. Consulte **la sección E2** de este capítulo para obtener más información. *Es posible que se requiera autorización previa.*	
	Servicios de cuidado personal El plan cubrirá los costos de la asistencia directa con el fin de ayudarle a permanecer en su hogar el mayor tiempo posible. Estos servicios incluyen apoyo durante las actividades cotidianas (ADL, por sus siglas en inglés), como bañarse, comer, vestirse y usar el inodoro. También pueden incluir actividades instrumentales cotidianas (IADL, por sus siglas en inglés), pero solo cuando también existe la necesidad de una ADL. Las IADL se refieren a actividades como ir de compras, lavar la ropa, preparar la comida, usar los recordatorios de medicamentos y llevarlo a sus citas.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Sistema de respuesta ante emergencias personales El plan cubre un dispositivo electrónico para el hogar que lo conecta con un servicio de ayuda en caso de emergencia. También puede llevar puesto un botón de "ayuda" portátil para facilitar su movilidad. El sistema está conectado a su teléfono y programado para alertar a un centro de respuesta en cuanto se active el botón de "ayuda". Este paquete de beneficios incluye equipos GPS portátiles o para el hogar, soporte para la instalación, llamada de bienvenida, monitoreo las 24 horas del día, los 7 días de la semana y Atención al Cliente que incluye apoyo social. Comuníquese con su administrador de atención médica al 833.939.0983 para aprovechar este beneficio o para recibir más información.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Servicios brindados por médicos y otros profesionales de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico Cubrimos los siguientes servicios: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios desde el punto de vista médico brindados en: • un consultorio médico • centro quirúrgico ambulatorio certificado • departamento de atención ambulatoria de un hospital • consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • evaluación audiológica básica y pruebas de equilibrio realizadas por su proveedor de atención primaria ***o*** especialista, si el médico los indica para determinar si necesita tratamiento • algunos servicios de telesalud que incluyen consultas a distancia, evaluaciones, comunicaciones telefónicas o por video; como ser computadora, teléfono inteligente, tableta, portal en línea del paciente por parte de: o proveedores de atención primaria (PCP) o especialistas o proveedores de salud conductual o Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta presencial o por telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe acudir a un proveedor de la red que brinde servicios de telesalud. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Servicios brindados por médicos y otros profesionales de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • Algunos servicios de telesalud para afiliados de determinadas zonas rurales o que viven en otros lugares aprobados por Medicare. Estos servicios incluyen la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por un médico o profesional de la salud. • Servicios de telesalud para consultas mensuales de afiliados que padezcan la enfermedad renal en fase terminal y lleven el tratamiento de diálisis en un centro de diálisis de un hospital, un centro de diálisis renal de un hospital rural, un centro de diálisis renal o en su domicilio. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular. • Servicios de telesalud para afiliados con un trastorno por consumo de sustancias o paralelamente a un trastorno de salud mental. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental siempre y cuando: o Tenga una consulta presencial dentro de los 6 meses previos a su primera consulta de telesalud. o Tenga una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe dichos servicios de telesalud. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Servicios brindados por médicos y otros profesionales de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en el caso de circunstancias determinadas. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionadas por clínicas de salud rural y centros de salud acreditados a nivel federal. • Consultas a distancia, por ejemplo, por teléfono o videoconferencia, con el médico durante 5 a 10 minutos **siempre y cuando** ○ No sea un paciente nuevo; **y** ○ La consulta a distancia no esté relacionada con una visita realizada al consultorio en los últimos 7 días; **y** ○ La consulta a distancia no termine en una visita al consultorio en las próximas 24 horas ni en una cita médica programada a la brevedad posible. • Evaluación de video y/o imágenes que envíe al médico, así como la interpretación y el seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **siempre que**: ○ No sea un paciente nuevo; y ○ La evaluación no está relacionada con una visita realizada al consultorio en los últimos 7 días **y** ○ La evaluación no termine en una visita al consultorio en las próximas 24 horas ni en cita médica programada a la brevedad posible. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Servicios brindados por médicos y otros profesionales de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet, o a su expediente médico electrónico, si usted no es un paciente nuevo. • Segunda opinión antes de la cirugía *Es posible que se requiera autorización previa.*	
	Servicios de podiatría Cubrimos los siguientes servicios: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico para lesiones y enfermedades de los pies, como dedo del pie en martillo o espolón calcáneo. • Cuidado rutinario de los pies para afiliados con problemas en las piernas, como la diabetes.	$0 por cada consulta $0 para el desbridamiento de uñas y remoción de callos, para afiliados con afecciones específicas que afecten a las extremidades inferiores.
	Servicios de podiatría preventiva sin cobertura de Medicare ni Medicaid: Cada año, puede autoderivarse 6 visitas/servicios de rutina, como desbridamiento de uñas o remoción de callos, independientemente de que tenga un problema médico que afecte las extremidades inferiores.	$0 por hasta un máximo de 6 visitas/servicios para podiatría de rutina

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Conciliación del uso de medicamentos en el hogar después del alta Inmediatamente después de una hospitalización por problemas de salud o conductuales o permanencia en un SNF, un proveedor de atención médica acreditado, en colaboración con su médico, revisarán y conciliarán un régimen de medicamentos completo. Ambos profesionales se asegurarán de que se obtengan nuevos medicamentos y se desechen los medicamentos descontinuados. La conciliación del uso de medicamentos puede realizarse en el hogar con el objetivo de neutralizar los efectos secundarios e interacciones que podrían ocasionar algún malestar o lesión.	$0
	Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para prevenir el VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que usted tiene un mayor riesgo de contraer el VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si usted cumple los requisitos, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamento preexposición (PrEP), oral o inyectable, aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo por la aplicación de este medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual, incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el apoyo para tomar los medicamentos de forma correcta) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses. • Una prueba de detección del virus de la hepatitis B que se realiza una sola vez.	$0

Servicio cubierto	El monto que usted debe pagar
PriorityFlex Existen tres formas en las que puede usar su tarjeta PriorityFlex para comprar artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés), dispositivos de seguridad para el hogar y el baño y sus adaptaciones. Si es elegible para acceder a Beneficios complementarios especiales dirigidos a afiliados con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés), podrá adquirir artículos para el cuidado personal y de uso doméstico: 1. **Compra en línea.** Vea y compre productos en línea en cualquier momento en *PriorityHealth.com/shopOTC* o descargue la aplicación de Priority Health OTC. 2. **Compra en la tienda.** Compre en Meijer, Kroger, CVS, Walgreens, Walmart y otras tiendas participantes cerca a usted. Puede buscar en línea las direcciones de las tiendas participantes en cualquier momento desde *PriorityHealth.com/shopOTC* o descargue la aplicación Priority Health OTC y utilice la herramienta Encontrar una tienda. 3. **Entrega a domicilio.** Llame al 833-939-0983 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a.m. a 12 p. m., hora del este, para hacer un pedido después de revisar el catálogo de productos OTC. Tenga a la mano los nombres de los productos, el número de la tarjeta de beneficios OTC y la información de envío. Si es elegible para los beneficios SSBCI, puede usar su tarjeta para comprar alimentos y productos agrícolas saludables en las tiendas minoristas participantes, que puede encontrar en *PriorityHealth.com/OTC* . Del mismo modo, puede descargar la aplicación Priority Health OTC y usar la herramienta Encontrar una tienda. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$96 al mes (condado de Barry) y $70 al mes (todos los demás condados) para la compra de artículos de venta libre (OTC), dispositivos de seguridad para el hogar y el baño y sus adaptaciones. Si es elegible para los beneficios SSBCI, también puede usar su asignación para comprar alimentos y productos agrícolas saludables, entrega de comidas, servicios de control de plagas, servicios públicos seleccionados, artículos de cuidado personal, así los de uso doméstico. La asignación no se traslada al período siguiente.

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	PriorityFlex (continuación) Si es elegible para los beneficios SSBCI, puede adquirir los servicios de entrega de comidas y control de plagas desde *PriorityHealth.com/shopOTC* o a través de la aplicación móvil de Priority Health OTC. Los servicios de control de plagas se programarán con un proveedor de servicios verificado en su área. Si es elegible para los beneficios SSBCI, puede usar su tarjeta para los servicios públicos (es decir, teléfono, Internet, gas, electricidad, fosa séptica, recojo de basura, agua, alcantarillado) y pagar como con cualquier otra tarjeta MasterCard. Para obtener una lista de los proveedores de servicios participantes, visite *PriorityHealth.com/OTC*. Tenga en cuenta que al usar su beneficio PriorityFlex para pagarle a su proveedor de servicios públicos, es importante que el pago no exceda el monto disponible en su tarjeta. Puede consultar el saldo de su tarjeta en cualquier momento en *PriorityHealth.com/shopOTC* o desde la aplicación de Priority Health OTC. Es posible que deba pagar el saldo restante de su factura de servicios públicos a través de otra forma de pago personal. Tome en cuenta que la asignación PriorityFlex sin utilizar no es acumulable. Las asignaciones vencen al final de cada mes. Para obtener más información sobre la elegibilidad para beneficios SSBCI, consulte el beneficio de "Ayuda para determinadas afecciones crónicas". **NOTA:** Si usó su beneficio PriorityFlex para pagar de su bolsillo artículos elegibles, puede solicitar un reembolso. Inicie sesión en su cuenta de Priority Health en *PriorityHealth.com/shopOTC* o desde la aplicación Priority Health OTC, y complete el formulario de reembolso que se encuentra en "Make a Reimbursement" (pida un reembolso). Para solicitar el reembolso, el artículo debe ser elegible y haberse comprado en una tienda participante, y tener fondos suficientes en su saldo de PriorityFlex. Todos los reembolsos deben solicitarse dentro de los 90 días posteriores a la fecha de compra e incluir una captura del recibo.	

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres mayores de 50 años, una vez cada 12 meses, cubrimos los costos de los siguientes servicios: • Un examen digital del recto. • Prueba de antígeno prostático específico (PSA).	$0
	Aparatos ortopédicos/prótesis e insumos relacionados Son aparatos ortopédicos que reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: • Pruebas, ajustes o capacitación en el uso de aparatos ortopédicos y prótesis. • Bolsas e insumos de colostomía para uso en los cuidados de una colostomía. • Marcapasos. • Aparatos ortopédicos. • Calzado ortopédico. • Brazos y piernas ortopédicas. • Prótesis mamaria (incluido un sujetador quirúrgico después de una mastectomía). Cubrimos algunos suministros relacionados con aparatos ortopédicos y prótesis. También cubrimos la reparación o reemplazo de aparatos ortopédicos y prótesis. Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción del cristalino; es decir, la cirugía de cataratas. Consulte "Atención de la vista" más adelante en esta tabla para más información. *Es posible que se requiera autorización previa.*	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Servicios de rehabilitación pulmonar Cubrimos los programas de rehabilitación pulmonar para afiliados que tengan un diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ya sea en fase moderada o extremadamente grave. Para obtener estos servicios, debe contar con una orden para rehabilitación pulmonar, ya sea del médico o proveedor tratante de su problema de EPOC.	$0
	Clínica de salud rural Las clínicas de salud rural se encuentran en áreas no urbanas. Estas clínicas ofrecen atención primaria y servicios de salud preventiva para pacientes ambulatorios a personas que se encuentran en áreas de atención médica insuficiente o que carecen de la misma. En las clínicas de salud rural se realizan los siguientes análisis de laboratorio: • Análisis bioquímico de orina con tiras reactivas, tabletas, o ambos. • Hemoglobina o hematocrito. • Azúcar en sangre (glucemia). • Prueba de sangre oculta en heces. • Pruebas de embarazo. • Cultivos primarios para enviar a un laboratorio certificado.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C siempre y cuando su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la solicite y usted cumple con una de estas condiciones: • Presenta alto riesgo por el uso ilícito de medicamentos inyectables. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, cubrimos por única vez una prueba de detección. Si se encuentra en alto riesgo (es decir, si continuó inyectándose drogas de uso ilegal desde la última prueba de hepatitis C con resultado negativo), cubrimos las pruebas de detección anuales.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Consejería y prueba de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS) Cubrimos las pruebas de detección para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y personas con mayor riesgo de contraer una ITS. Sin embargo, un proveedor de atención primaria debe solicitarlas antes. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales al año, desarrolladas de manera presencial, con el fin de brindar terapia conductual de alta intensidad a adultos sexualmente activos que presenten un mayor riesgo de padecer ITS. Cada sesión puede tener una duración de 20 a 30 minutos. Cubriremos estas sesiones de terapia como un servicio preventivo únicamente cuando un proveedor de atención primaria sea quien las brinde. Estas sesiones deben tener lugar en un ámbito de atención primaria, como un consultorio médico.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
☆	**Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)** Para saber la definición de Atención en un centro de enfermería especializada, consulte el **Capítulo 12.** No se requiere una hospitalización previa. Cubrimos el costo de los siguientes servicios, y tal vez de otros que no figuran aquí: • Habitación semiprivada o una habitación privada, si se considera necesario desde el punto de vista médico. • Alimentación, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que recibe como parte de su plan de atención médica. Esto incluye las sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre. ☆ • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Insumos médicos y quirúrgicos proporcionados por los centros de enfermería especializada (SNF). • Análisis de laboratorio realizados por los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos realizados en centros de enfermería. • Aparatos, como sillas de ruedas, por lo general facilitados por centros de enfermería. • Servicios de médicos/proveedores.	$0

	Servicio cubierto	El monto que usted debe pagar
	Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) Por lo general, recibirá atención médica en centros de enfemería especializada que formen parte de la red. Sin embargo, únicamente en determinadas circunstancias, podría obtener atención en un centro que esté fuera de nuestra red. Si aceptan los montos de pago de nuestro plan, puede recibir atención en los siguientes lugares: • Un centro de enfermería o una comunidad para adultos mayores con asistencia continua donde vivía antes de hospitalizarse, siempre que le proporcionen atención como centro de enfermería. • Un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja al momento en que usted abandone el hospital. *Es posible que se requiera autorización previa.*	
	Subvención para los costos de mantenimiento de un animal de servicio El plan cubrirá hasta $20 mensuales por los costos de mantenimiento de un animal de servicio siempre y cuando: • usted reciba servicios de cuidado personal, y • cuente con un certificado de discapacidad por una afección específica definida por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, como artritis, ceguera, parálisis cerebral, poliomielitis, esclerosis múltiple, sordera, accidente cerebrovascular o lesión de la médula espinal, y • el animal de servicio está entrenado para atender sus necesidades específicas relacionadas con su discapacidad. • su plan de servicio debe documentar que el animal de servicio se utilizará principalmente para atender sus necesidades de cuidado personal.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco Si consume tabaco, no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco, pero desea o necesita dejar de fumar: • Cubrimos dos intentos para dejar de fumar en un periodo de 12 meses como un servicio preventivo. Le ofrecemos este servicio sin costo alguno. Cada intento para dejar de fumar incluye hasta cuatro sesiones de consejería presenciales. Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco: • Cubrimos dos intentos de consejería para dejar de fumar en un periodo de 12 meses. Cada intento de terapia incluye hasta cuatro consultas presenciales.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Terapia de ejercicios bajo supervisión (SET, por sus siglas en inglés) Cubrimos la terapia SET para afiliados que padecen una arteriopatía periférica sintomática (PAD, por sus siglas en inglés).. Nuestro plan cubre: • hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos del programa SET. • 36 sesiones adicionales, si un profesional de la salud las considera necesarias desde el punto de vista médico. El programa terapéutico SET deberá: • Ofrecer sesiones de 30 a 60 minutos como parte un programa de entrenamiento terapéutico para afiliados afectados por una PAD y que presenten calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación). • Ser realizado en un centro hospitalario de atención ambulatoria o en el consultorio de un médico. • Ser impartido por personal auxiliar calificado, necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o personal de enfermería profesional/especialista en enfermería clínica capacitados en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas.	$0

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Servicios de gestión de casos específicos (TCM) El plan cubrirá los servicios de gestión de casos específicos (TCM, por sus siglas en inglés) para los afiliados con problemas crónicos o complejos de salud física o conductual, que hayan estado recientemente encarcelados o hayan residido de manera involuntaria en una prisión o cárcel del condado. Los servicios TCM ayudan a los afiliados a acceder a servicios médicos, educativos, sociales, y otros servicios que necesiten. Estos servicios incluyen evaluaciones, planificación, conexión con recursos, defensa del afiliado, coordinación de la atención, derivaciones, supervisión y acciones de seguimiento (p. ej., educación para la salud y apoyos).	$0
☆	**Control de seguimiento a distancia** Desarrollamos servicios de control de seguimiento a distancia con el fin de complementar el programa de manejo de enfermedades y concentrarse en aquellas enfermedades crónicas de mayor frecuencia entre nuestra población más vulnerable. Estos servicios de Priority Health están disponibles para los afiliados que han sido diagnosticados con insuficiencia cardíaca, diabetes descompensada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), afecciones cardiovasculares e hipertensión. Ofrecemos a los afiliados tecnología, telecomunicaciones y equipos especialmente adaptados para monitorear a distancia los problemas de salud.	$0

	Servicio cubierto	El monto que usted debe pagar
	Atención de urgencia La atención de urgencia es la que se brinda para tratar: • una situación que no se considera de emergencia y que requiere atención médica inmediata, **o** • una enfermedad imprevista, **o** • una lesión, **o** • una afección que requiera atención inmediata. Si necesita atención de urgencia, primero intente solicitarla a un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no sea posible o razonable acudir a un proveedor dentro de ella debido a circunstancias fuera de su control. Por ejemplo, si está fuera del área de servicio de su plan y necesita atención médica inmediata por una condición no grave, pero que requiere tratamiento. Tiene cobertura para servicios de urgencia en los Estados Unidos y en todo el mundo.	$0
	Atención de la vista Los exámenes de la vista se cubren una vez al año e incluyen, si es necesario, la dilatación y refracción, cuando se realicen con un proveedor de EyeMed. El plan proporcionará una asignación anual para anteojos y, además, cubrirá el primer par. Se ofrecen un par de anteojos de repuesto una vez al año. El plan cubrirá los lentes de contacto para las personas que presenten determinadas afecciones. También cubrirá el costo de los aparatos básicos y esenciales para la visión parcial, como telescopios, microscopios y otros equipos similares. Cubrimos los servicios médicos para pacientes ambulatorios con fines de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y	$0 por cada examen para diagnosticar y tratar enfermedades o afecciones oculares, cubierto por Medicare/Medicaid. $0 por pruebas de detección anuales de glaucoma. $0 por una prueba de detección anual de retinopatía diabética.

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Atención de la vista (continuación) lesiones oculares. Por ejemplo, el tratamiento para la degeneración macular asociada con la edad. Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma al año. Entre estas personas se encuentran: • personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes • afroamericanos de 50 años o más • hispanoamericanos de 65 años o más Para las personas con diabetes, cubrimos una prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año. Cubrimos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, siempre y cuando el médico deba implantar un lente intraocular. Si se somete a dos cirugías de cataratas independientes, deberá obtener un par de anteojos después de cada operación. Sin embargo, no podrá obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera.	$0 por anteojos cubiertos por Medicare/Medicaid después de una cirugía de cataratas. **Servicios cubiertos por un proveedor de EyeMed** $0 por un examen de rutina al año, incluido la dilatación y refracción según sea necesario. Asignación de $200 para anteojos sin cobertura de Medicare/Medicaid. Llame al 844.366.5127 para para encontrar un proveedor, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. o visite ***eyemed.com*** y seleccione "Find an eye doctor" (encontrar un oftalmólogo). Luego, elija la red "Michigan Medicaid" para buscar un proveedor.

Servicio cubierto		El monto que usted debe pagar
	Consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare" Cubrimos una consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare" que se realiza una sola vez. Esta consulta incluye: • una evaluación de salud, • educación y consejería sobre los servicios preventivos que necesita, incluidos los exámenes, y las vacunas **y** • derivaciones a otro tipo de atención si lo requiere. **Nota:** Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare" únicamente durante los primeros 12 meses de cobertura de la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio médico su intención de programar dicha consulta.	$0

Exención de servicios domiciliarios y comunitarios (HCBS) que cubre nuestro plan		El monto que usted debe pagar
	Programa diurno para adultos El plan cubre actividades diurnas estructuradas en un programa con atención directa y supervisión, siempre que cumpla los requisitos establecidos. Este servicio: • brinda atención personalizada y procura el bienestar social, físico y emocional.	$0

	Exención de servicios domiciliarios y comunitarios (HCBS) que cubre nuestro plan	El monto que usted debe pagar
	Tecnología de asistencia El plan cubre dispositivos tecnológicos destinados para aumentar, mantener o mejorar el funcionamiento y fomentar la independencia, siempre que cumpla con los requisitos. Algunos de estos servicios incluyen: • elevadores para furgonetas • controles manuales • sistema de voz computarizado • tableros de comunicación • cerraduras de puertas activadas por voz • mecanismos eléctricos para puertas • alarmas o intercomunicadores especializados • dispositivo de marcación asistida	$0
	Servicios de tareas domésticas El plan cubre los servicios necesarios para mantener su hogar en un entorno limpio, higiénico y seguro, siempre que cumpla con los requisitos. Algunos de estos servicios incluyen: • tareas domésticas que demandan mucho esfuerzo, como lavar pisos, ventanas y paredes • pegadura de alfombras y baldosas sueltas • desplazamiento de muebles pesados • corte de césped, rastrillado y limpieza de desechos peligrosos, como ramas y árboles caídos El plan puede cubrir los materiales y suministros desechables utilizados para realizar las tareas domésticas.	$0

	Exención de servicios domiciliarios y comunitarios (HCBS) que cubre nuestro plan	El monto que usted debe pagar
	Modificaciones en su entorno El plan cubre las modificaciones llevadas a cabo en su vivienda, siempre que cumplan con los requisitos. Estas modificaciones deben estar diseñadas para garantizar su salud, seguridad y bienestar o para facilitar su independencia dentro de su hogar. Dichas modificaciones pueden incluir: • instalación de rampas y barras de sujeción • ensanchamiento de puertas para facilitar la movilidad • modificaciones en los baños • instalación de sistemas eléctricos especializados necesarios para el uso de equipos y suministros médicos	$0
	Servicios mejorados de apoyo para la vida en comunidad Para recibir este servicio, debe necesitar asistencia mediante indicaciones, señales, supervisión, guía, enseñanza y/o recordatorios para realizar actividades cotidianas (ADL) como comer, bañarse, vestirse, ir al baño, y otras tareas de higiene personal. Si necesita este servicio, también puede recibir asistencia con las actividades instrumentales cotidianas (IADL) como lavar la ropa, preparar las comidas, transportarse, manejar sus finanzas, tomar los medicamentos, hacer las compras, asistir a citas médicas y realizar otras tareas domésticas. Esta asistencia también puede incluir indicaciones, señales, guías, enseñanzas, supervisión, recordatorios y/u otros tipos de apoyo para realizar las IADL usted mismo.	$0

Exención de servicios domiciliarios y comunitarios (HCBS) que cubre nuestro plan		El monto que usted debe pagar
	Servicios de intermediación fiscal El plan cubrirá el costo de un intermediario fiscal (FI, por sus siglas en inglés) que le brindará asistencia para vivir de forma independiente en la comunidad, mientras usted administra su presupuesto individual y elige al personal que trabajará con usted. El intermediario fiscal le ayudará a gestionar y distribuir los fondos incluidos en el presupuesto personal. Usted puede utilizar estos fondos para adquirir servicios a domicilio y en la comunidad autorizados en su plan de atención. Usted tiene el derecho de contratar al cuidador de su preferencia.	$0
	Comidas con reparto a domicilio El plan cubre hasta dos comidas preparadas por día entregadas en su domicilio, siempre que cumpla con los requisitos.	$0
	Productos y servicios gestionados por el afiliado Incluye servicios, equipos o suministros que respondan a una necesidad identificada en el plan individual de servicios. El producto o servicio debe cumplir estos criterios: • disminuir la necesidad de otros servicios de Medicaid • promover la inclusión en la comunidad • aumentar la seguridad en el entorno del hogar	$0
	Servicios de transporte no médico El plan cubre servicios de transporte para facilitar su acceso a la exención y a otros servicios, actividades y recursos comunitarios, siempre que cumpla con los requisitos.	$0

	Exención de servicios domiciliarios y comunitarios (HCBS) que cubre nuestro plan	El monto que usted debe pagar
	Servicios de enfermería preventiva El plan cubre los servicios de enfermería prestados por un personal de enfermería acreditado (RN, por sus siglas en inglés) o un profesional de enfermería practicante con licencia (LPN, por sus siglas en inglés). Para acceder a estos servicios, debe necesitar supervisión y evaluación de la integridad de la piel, de los niveles de azúcar en sangre, de los ejercicios indicados para el rango de movimiento o de su estado físico. Puede recibir otros servicios de enfermería durante la visita domiciliaria. Estos servicios no se brindan de manera continua.	$0
	Servicios de enfermería privada (PDN) El plan cubre los servicios de enfermería especializada de forma individual y continua, hasta un máximo de 16 horas diarias, para satisfacer sus necesidades de salud directamente relacionadas con una discapacidad física. Los PDN incluyen servicios de enfermería (PDN, por sus siglas en inglés), evaluación, tratamiento y supervisión proporcionados por un profesional de enfermería licenciado, de acuerdo con las indicaciones del médico y con su plan de atención. Para acceder a este servicio, debe cumplir con determinados criterios médicos de elegibilidad.	$0

Exención de servicios domiciliarios y comunitarios (HCBS) que cubre nuestro plan		El monto que usted debe pagar
	Servicios de cuidado de relevo Puede recibir servicios de cuidados de relevo a corto plazo o de forma ocasional a fin de darle un descanso a su familia u otros cuidadores primarios del esfuerzo diario de cuidarlo, cuando brindan ese apoyo sin ser remunerado. Se debe tomar en cuenta que las necesidades de descanso del personal por horas o turnos deben atenderse mediante substituciones del personal, ajustes en los horarios o cambios de ubicación y no través del servicio de cuidados de relevo. Estos cuidados no están diseñados para ofrecerse de manera continua o a largo plazo, ni usarse como un servicio diario que reemplace al cuidador no remunerado para este trabaje a tiempo completo en otro lugar.	$0
	Modificaciones al vehículo El plan cubre las modificaciones a su vehículo principal necesarias para adaptarlo a sus necesidades.	$0

E. Beneficios cubiertos fuera del plan

Si bien no cubrimos los siguientes servicios, están disponibles a través de Medicare o Michigan Medicaid.

E1. Cuidados de hospicio

Tiene derecho a elegir los cuidados de hospicio siempre que su proveedor y el director médico de cuidados de hospicio determinen que usted es un paciente con un pronóstico de fase terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados de hospicio certificado por Medicare. El plan deberá ayudarle a encontrar programas de cuidados de hospicio que cuenten con certificación de Medicare. Su médico de cuidados de

hospicio puede ser un proveedor de la red o uno fuera de ella.

En la sección D de este capítulo, encontrará la Tabla de beneficios para obtener más información acerca de la cobertura que **Priority**Medicare Dual Premier le ofrece si recibe cuidados de hospicio.

Servicios de cuidados de hospicio y servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare que estén relacionados con su pronóstico de fase terminal

- El proveedor de cuidados de hospicio le enviará una factura a Medicare por los servicios que usted reciba. Medicare cubrirá sus servicios de cuidados de hospicio correspondientes a su pronóstico de fase terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

Servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico de fase terminal

- El proveedor le enviará una factura a Medicare por los servicios que usted reciba. Medicare cubrirá los costos de los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B. Usted no paga nada por estos servicios.

Medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de Priority Medicare Dual Premier:

- Los cuidados de hospicio y el plan, bajo ninguna circunstancia, cubren los medicamentos simultáneamente. Para obtener más información, consulte el capítulo 5. Usted no paga nada por estos medicamentos.

Servicios cubiertos por Michigan Medicaid:

- El proveedor le enviará una factura a **Priority**Medicare Dual Premier por los servicios que usted reciba. UPHP MI Health Link cubrirá los costos de los servicios cubiertos por Michigan Medicaid. Usted no paga nada por estos servicios.

E2. Servicios cubiertos por el plan o el Plan de seguro de salud pagado por adelantado para pacientes hospitalizados (PIHP)

Si bien los siguientes servicios están cubiertos por **Priority**Medicare Dual Premier, también están disponibles a través del Plan de salud pagado por adelantado para pacientes hospitalizados (PIHP) y su red de proveedores.

Atención conductual para pacientes hospitalizados

- El plan cubrirá los servicios de atención conductual que requieran una hospitalización.

Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias

- Cubriremos los servicios de tratamiento que se brinden en el departamento de atención ambulatoria de un hospital si, por ejemplo, fue dado de alta de una hospitalización por tratamiento de abuso de drogas y sustancias, o si necesita tratamiento, pero no requiere el nivel de servicios proporcionados en el entorno hospitalario. Consulte la cobertura de servicios que ofrece el programa de tratamiento por consumo de opioides (OTP, por sus siglas en inglés) en la Tabla de beneficios de **la sección D**..

Servicios de hospitalización parcial

- El programa de hospitalización parcial es un programa estructurado que brinda tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio para pacientes ambulatorios en un hospital o a través de un centro comunitario para la salud mental. Es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio del médico o del terapeuta. Puede ayudarle a evitar que deba hospitalizarse.

Si recibe servicios a través del PIHP, consulte el *Manual para el afiliado* del PIHP para obtener más información y trabaje con su administrador de atención para recibir servicios a través de este plan.

F. Beneficios sin cobertura de nuestro plan, Medicare ni Michigan Medicaid

Esta sección le informa acerca de los beneficios excluidos por nuestro plan. Esto significa que no cubriremos estos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco los cubrirán.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no cubrimos bajo ninguna circunstancia y otros que están excluidos solo en ciertos casos.

No cubrimos los beneficios médicos excluidos que se mencionan en esta sección o en cualquier otra parte del *Manual para el afiliado*, salvo en las circunstancias específicas indicadas. Incluso si recibe estos servicios en un centro de emergencias, el plan no los cubrirá. Si considera que nuestro plan debería cubrir un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre apelaciones, consulte el **capítulo 9** del *Manual para el afiliado*..

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes servicios ni artículos:

- Servicios considerados como no “justificables y necesarios desde el punto de vista médico” según los estándares de Medicare y Michigan Medicaid, a menos que estén incluidos en la lista de servicios cubiertos.

- Tratamientos médicos o quirúrgicos experimentales, así como artículos o medicamentos relacionados, a menos que Medicare, un estudio clínico aprobado por Medicare o nuestro plan los cubran expresamente. Consulte el **capítulo 3** del *Manual para el afiliado* a fin de obtener más información sobre estudios de investigación clínica. Los tratamientos y equipos experimentales son aquellos que, por lo general, no están aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto que sea necesario desde el punto de vista médico y que Medicare lo cubra.
- Habitación privada en el hospital, salvo que se considere necesario desde el punto de vista médico.
- Servicio de enfermería privado.
- Artículos de uso personal en su habitación del hospital o de un centro de enfermería, como el teléfono o la televisión.
- Servicios domiciliarios de enfermería a tiempo completo.
- Honorarios cobrados por sus parientes inmediatos o integrantes de su hogar.
- Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (que incluyen la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual o deportivo, fines cosméticos, antienvejecimiento o de mejora del rendimiento mental), salvo que sean necesarios desde el punto de vista médico.
- Cirugías ni procedimientos estéticos, a menos que se requieran por una lesión accidental para corregir una parte del cuerpo con alguna malformación. Sin embargo, cubrimos la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y el tratamiento de la otra para que guarde simetría.
    - Calzado ortopédico, excepto cuando forme parte de una férula para la pierna y esté incluido en su costo, o cuando se trate de calzado para una persona con la enfermedad del pie diabético.
    - Existe la posibilidad de que estén cubiertos por medio de su asignación PriorityFlex o por el beneficio de instrucción para el autocontrol de la diabetes, servicios e insumos para diabéticos a favor de las personas que padecen la enfermedad grave de pie diabético. Consulte la sección 2.1, del capítulo 4: Tabla de beneficios médicos.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto el calzado ortopédico o terapéutico para personas que padezcan la enfermedad del pie diabético.

- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros aparatos para la visión parcial.
- Reversión de los procedimientos de esterilización e insumos anticonceptivos sin receta.
- Servicios naturopáticos: utiliza tratamientos naturales o alternativos.
- Servicios brindados a veteranos en los Centros de asuntos de veteranos (Veterans Affairs, VA).

Capítulo 5: Cómo obtener su plan de medicamentos como paciente ambulatorio

Introducción

En este capítulo se le explica las reglas para obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio. Son medicamentos recetados por el proveedor que usted obtiene en una farmacia o mediante el servicio de pedidos por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Michigan Medicaid. En el **capítulo 6** del *Manual para el afiliado* se le indican los montos que debe pagar por estos medicamentos. La terminología clave y sus definiciones figuran por orden alfabético en el último capítulo del *Manual para el afiliado*.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se abordan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Por lo general, este tipo de medicamentos se le suministran si se encuentra en un hospital o un centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos medicamentos incluyen algunos quimioterápicos, inyectables que un médico u otro proveedor le aplicará en un consultorio, además de los medicamentos que se le administren durante el tratamiento de diálisis en una clínica. Para obtener más información acerca de los medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare, consulte la Tabla de beneficios en el **capítulo 4** del *Manual para el afiliado*.
- Además de la cobertura de beneficios médicos y de la Parte D de Medicare de su plan, Original Medicare puede cubrir los medicamentos si es atendido por el programa de cuidados de hospicio de Medicare. Si desea más información, consulte la **sección F3**del **capítulo 5** “Si se encuentra en un centro de cuidados de hospicio certificado por Medicare.”

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

Por lo general, cubriremos sus medicamentos siempre que siga las reglas que se describen en esta sección.

Deberá tener un proveedor, puede ser un médico, dentista u otro profesional que emita recetas, que pueda emitirle una receta, la cual debe ser válida según la ley estatal aplicable. Con frecuencia, esta persona es su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). También podría ser otro proveedor si su PCP lo deriva para recibir atención médica.

El médico prescriptor **no** debe estar en las Listas de exclusión de Medicare. Para los medicamentos cubiertos por Medicaid, el médico que emita recetas debe contar con la aprobación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS).

Por lo general, deberá usar una farmacia de la red para surtir su receta. Consulte **la sección A1** para obtener más información. También puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan.

El medicamento recetado debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos* de nuestro plan. A esta lista la llamamos "*Lista de medicamentos*" para abreviar. (Consulte **la sección B** de este capítulo.)

- Si el medicamento no se incluye en la *Lista de medicamentos*, tal vez podamos cubrirlo haciendo una excepción.
- Consulte la sección G2 del **capítulo 9** para obtener más detalles sobre cómo solicitar una excepción.

El medicamento debe utilizarse bajo indicación médica. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado ya sea por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o cuenta con el respaldo de bibliografía médica. El médico que le recetó el medicamento puede ayudarle a identificar bibliografía médica que respalde el uso solicitado del medicamento.

Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de determinados antes de que autoricemos su cobertura. (Consulte la **sección C** de este capítulo).

Índice

A. Cómo surtir sus recetas 165

A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red 165

A2. Uso de la tarjeta de identificación de afiliado cuando surta su receta 165

A3. Qué hacer si necesita cambiar de farmacia dentro de la red 165

A4. Qué debe hacer si su farmacia deja de formar parte de la red 166

A5. Uso de farmacias especializadas 166

A6. Uso del servicio de pedidos por correo para obtener sus medicamentos 167

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo 169

A8. Uso de una farmacia que no forme parte de la red de nuestro plan 169

A9. Reembolso del costo de su receta 170

B. Nuestro plan y la Lista de medicamentos 170

B1. Medicamentos incluidos en nuestra *Lista de medicamentos* 171

B2. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la *Lista de medicamentos*? 171

B3. Medicamentos que no están incluidos en nuestra *Lista de medicamentos* 172

B4. Niveles de distribución de costos de la *Lista de medicamentos* 173

C. Límites sobre el uso de algunos medicamentos 174

D. Motivos por los que su medicamento no tiene ningún tipo de cobertura 176

D1. Cómo obtener un suministro temporal 176

D2. Cómo solicitar un suministro temporal 177

D3. Cómo solicitar una excepción 178

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 178

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 181

F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan 181

F2. En un centro de cuidados a largo plazo 182

F3. En un programa de cuidados de hospicio certificado por Medicare 182

H. Programas sobre la farmacovigilancia y el manejo de medicamentos 183

G1. Programas para ayudarlo a usar los medicamentos de manera segura 183

G2. Programas para ayudarlo a manejar sus medicamentos 183

G3. Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos opiáceos de manera segura 184

A. Cómo surtir sus recetas

A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, cubrimos los medicamentos recetados únicamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir recetas para los afiliados a nuestro plan. Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Consulte la **sección A8** para obtener información referente a cuándo cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red.

Si desea encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Atención al Cliente o su administrador de atención.

A2. Uso de la tarjeta de identificación de afiliado cuando surta su receta

Para surtir la receta, **muestre su tarjeta de afiliación del plan** en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos enviará una factura por nuestra parte del costo de su medicamento cubierto. Es posible que deba pagar un copago en la farmacia al momento de recoger sus medicamentos.

Si no tiene la tarjeta de afiliación al plan con usted al surtir la receta, solicítele a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria. También puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de su plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que deba pagar el costo total de los medicamentos con receta cuando los recoja. Luego, puede solicitar que le devolvamos nuestra parte del costo. **Si no puede pagar por el medicamento, comuníquese con Atención al Cliente de inmediato.** Haremos todo lo que esté en nuestras manos para ayudarlo.

- Para solicitar un reembolso, consulte el **capítulo 7** del *Manual para el afiliado*..
- Si necesita ayuda para surtir un medicamento, comuníquese con su administrador de atención o con Atención al Cliente.

A3. Qué hacer si necesita cambiar de farmacia dentro de la red

Si cambia de farmacia y necesita una reposición de medicamentos, puede pedir que un proveedor le extienda una receta nueva *o* pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si aún quedan reposiciones pendientes.

Si necesita ayuda para cambiar de farmacia dentro de la red, comuníquese con Atención al Cliente o con su administrador de atención.

A4. Qué debe hacer si su farmacia deja de formar parte de la red

Si la farmacia que utiliza deja de ser parte de la red de nuestro plan, usted necesita encontrar otra farmacia que sí lo sea.

Para encontrar otra farmacia dentro de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Atención al Cliente o con su administrador de atención.

A5. Uso de farmacias especializadas

En ocasiones, las recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Estas farmacias incluyen:

- Farmacias que proveen medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos a los residentes de un centro de cuidados a largo plazo, como un centro de enfermería.
    - Por lo general, los centros de cuidados a largo plazo cuentan con sus propias farmacias. Si es residente de un centro de cuidados a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia de dicho centro.
    - Si esta farmacia no se encuentra dentro de nuestra red o tiene dificultades para recibir sus medicamentos en un centro de cuidados a largo plazo, comuníquese con Atención al Cliente.
- Farmacias que atienden el Servicio de Salud Indígena/Programa de Servicios de Salud Indígena/Tribal/Indígena en Zonas Urbanas. Salvo en casos de emergencia, únicamente los nativos americanos o nativos de Alaska pueden utilizar estas farmacias.
- Las farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a determinados centros o que requieren un manejo especial, una coordinación de proveedores o instrucción sobre su uso. Nota: este escenario ocurre con poca frecuencia. Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Atención al Cliente o con su administrador de atención.

A6. Uso del servicio de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

Para obtener algunos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedidos por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través de este servicio son aquellos que se toman de manera habitual para tratar una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos que **no** estén disponibles a través de este servicio parte de nuestro plan están marcados con "NE" en nuestra *Lista de medicamentos*.

Dicho servicio le permite solicitar al menos un suministro del medicamento para 35 días y hasta tres meses, excepto los medicamentos del Nivel 5, que están limitados a un suministro para 30 días en todas las farmacias de nuestra red. Un suministro para tres meses tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

Cómo surtir recetas por correo postal

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, visite nuestro sitio web *priorityhealth.com/dualpremier26*.

Por lo general, si surte una receta mediante el servicio de pedidos por correo llegará en un plazo de 14 días. Si su pedido no llega antes de que termine sus medicamentos, llame a Atención al Cliente para obtener una autorización con la finalidad de surtir un suministro para 30 días de su receta en una farmacia minorista local perteneciente a la red.

Procesos del servicio de pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene distintos procedimientos: para recetas nuevas que recibe de usted, recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor, y reposiciones de sus recetas por correo.

1. Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que reciba de usted.

2. Recetas nuevas recetas que la farmacia reciba del consultorio de su proveedor

La farmacia surtirá y entregará automáticamente aquellas recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención médica, sin necesidad de consultarlo primero con usted, si:

- anteriormente utilizó el sistema de servicios para pedidos por correo con este plan;**o**
- se registra para que todas las recetas nuevas que se reciban directamente de los proveedores de atención médica se entreguen de manera automática. Puede

solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento llamando a Atención al Cliente.

- Si recibiera por correo una receta, de forma automática, que no solicitó y tampoco nos hemos comunicado con usted para confirmar el envío de dicha receta, puede ser elegible para un reembolso.

- Si utilizó los servicios de pedidos por correo anteriormente y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, póngase en contacto con nosotros llamando a Atención al Cliente.

- Si nunca utilizó nuestro servicio de entrega por correo y/o decide suspender que se surtan nuevas recetas de forma automática, la farmacia se comunicará con usted cada vez que un proveedor de atención médica le envíe una nueva receta con el fin de determinar si desea que el medicamento se surta y se envíe de inmediato.

- Esto le da la oportunidad de asegurarse de que la farmacia dispense el medicamento correcto; es decir, la dosis, cantidad y presentación, y, si lo requiere le permite cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe.

- Responde cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicarle cómo proceder con la nueva receta y así evitar retrasos en el envío.

- Para excluirse de las entregas automáticas de nuevas recetas que reciba directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, llame a Atención al Cliente.

3. Reposiciones de recetas a través del servicio de pedidos por correo

Para acceder a las reposiciones de los medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de reposiciones automáticas. De acuerdo con este programa comenzaremos a preparar automáticamente la siguiente reposición cuando nuestros registros indiquen que se aproxima la fecha en que el suministro de medicamentos está por acabarse.

- La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada reposición para asegurarse de que necesita más medicamentos y usted podrá cancelar aquellas reposiciones que se hayan programado si tuviera una cantidad suficiente de medicamentos o si los hubiese cambiado.

- Si elige no utilizar nuestro programa de reposiciones automáticas, comuníquese con la farmacia 14 días antes de que los medicamentos que tiene se acaben y así garantizar que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

- Si no quiere participar en el programa que prepara automáticamente las reposiciones de medicamentos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Atención al Cliente.

- Hágale saber a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted para confirmar el pedido antes de realizar el envío.

- Nuestro plan también le puede proporcionar los materiales importantes del plan en otros idiomas además del inglés y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener los materiales importantes del plan en alguno de estos formatos alternativos, puede presentar una solicitud mediante cualquiera de los siguientes métodos:

    - Póngase en contacto con nuestro equipo de atención al cliente llamando a los números que figuran en la parte inferior de esta página.

    - Cree una cuenta de afiliado en *member.priorityhealth.com* e inicie sesión para enviarnos un mensaje de forma segura.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro de medicamentos de uso continuo a largo plazo de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de uso continuo son aquellos medicamentos que toma con frecuencia para una afección médica crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias que pertenecen a nuestra red le permitirán adquirir un suministro a largo plazo para medicamentos de uso continuo. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica aquellas farmacias que le pueden proporcionar un suministro a largo plazo para medicamentos de uso continuo. Para obtener más información, también puede llamar a su administrador de atención o a Atención al Cliente.

Puede utilizar el servicio de pedidos por correo de la red que forma parte de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo para medicamentos de uso continuo. Consulte la **sección A6, Uso del servicio de pedidos por correo para obtener sus medicamentos,** para más información sobre este servicio.

A8. Uso de una farmacia que no forme parte de la red de nuestro plan

Por lo general, cubriremos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red únicamente cuando no tenga acceso a una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red que se encuentran fuera de nuestra área de servicio a las que puede acudir para

surtir las recetas como afiliado de nuestro plan. En estas situaciones, consulte con el administrador de atención o con Atención al Cliente para saber si hay una farmacia cercana dentro de la red.

Cubrimos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Si no pudiese adquirir un medicamento cubierto de manera oportuna, dentro del área de servicio, debido a la ausencia de farmacias de la red, que se encuentre a una distancia razonable para llegar en auto y con atención las 24 horas.
- Si intenta surtir un medicamento con receta que no se abastece con frecuencia en una farmacia minorista o de pedidos por correo de la red accesible, incluidos medicamentos de alto costo y poco comunes.
- Si recibe una vacuna u otro medicamento cubierto por la Parte D de Medicare en un consultorio del proveedor o en un ámbito ambulatorio que no esté cubierto por la Parte B de Medicare; por ejemplo, sala de emergencias, centro de atención de urgencias, etc.
- Si el gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su zona geográfica.

A9. Reembolso del costo de su receta

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general deberá pagar el costo total en lugar del copago al momento de recibir su medicamento recetado. Puede pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo.

Para obtener más información sobre este tema, consulte el **capítulo 7** del *Manual para el afiliado*.

B. Nuestro plan y la Lista de medicamentos

Contamos con una *Lista de medicamentos cubiertos.* La llamamos “*Lista de medicamentos*” para abreviar.

Con la colaboración de un equipo conformado por médicos y farmacéuticos, seleccionamos los medicamentos que incluimos en la *Lista de medicamentos*. En la *Lista de medicamentos* también se le indica las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos los medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan, siempre y cuando siga las reglas que detallamos en este capítulo.

B1. Medicamentos incluidos en nuestra *Lista de medicamentos*

Esta *Lista de medicamentos* incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare, así como algunos medicamentos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por Michigan Medicaid.

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento que se vende con un nombre de marca registrada y que es 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", podría tratarse de un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos contienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamados biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan de la misma manera que los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y suelen tener un costo más bajo. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca o alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos medicamentos biosimilares son intercambiables por lo que, dependiendo de la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, del mismo modo que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el **capítulo 12** para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden incluirse en la *Lista de medicamentos.*

Nuestro plan también cubre ciertos productos y medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos recetados y tienen los resultados esperados. Para obtener más información, llame a Atención al Cliente.

B2. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la *Lista de medicamentos*?

Para averiguar si un medicamento que toma está incluido en nuestra *Lista de medicamentos*:

- Visite el sitio web de nuestro plan *priorityhealth.com/dualpremier26.* La *Lista de medicamentos* que se encuentra en el sitio web contiene la información más actualizada.

- Llame a su administrador de atención o a Atención al Cliente para saber si un medicamento forma parte de nuestra *Lista de medicamentos* o para solicitar una copia de la lista.

- Utilice nuestra “Real Time Benefit Tool” (herramienta de consulta de beneficios en tiempo real) disponible en *priorityhealth.com/dualpremier26* para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* y obtener un cálculo aproximado del monto que pagaría y si existen otros medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a su administrador de atención o a Atención al Cliente.

B3. Medicamentos que no están incluidos en nuestra *Lista de medicamentos*

No ofrecemos cobertura para todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no forman parte de nuestra *Lista de medicamentos*debido a que la ley no nos permite cubrirlos.
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la *Lista de medicamentos*..
- Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos.* Para obtener más información, consulte el **capítulo 9.**

Nuestro plan no cubre los tipos de medicamentos descritos en esta sección. A estos medicamentos se les llama **medicamentos excluidos**. Si el proveedor le receta un medicamento excluido, es posible que deba pagar por él. Si considera que, en su caso, debemos cubrir un medicamento excluido, puede presentar una apelación. Consulte el **capítulo 9** del *Manual para el afiliado* para obtener más información sobre el proceso de apelación.

A continuación, incluimos tres reglas generales para obtener medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan, que incluye medicamentos de la Parte D de Medicare y de Michigan Medicaid, no puede cubrir un medicamento que ya esté cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare. Si bien nuestro plan cubre de forma gratuita aquellos medicamentos incluidos en la Parte A o la Parte B de Medicare, estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios.

2. Nuestro plan no cubrirá un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

3. El uso del medicamento debe ser aprobado por la FDA o contar con el respaldo de

bibliografía médica como tratamiento para su afección. Sin embargo, su médico u otro proveedor puede recetarle un medicamento para tratar su afección, a pesar de que no haya sido aprobado para el tratamiento correspondiente. A esto se le denomina "uso no autorizado". Por lo general, nuestro plan no cubre los medicamentos recetados para usos no autorizados.

Además, por ley, Medicare o Michigan Medicaid no pueden cubrir los tipos de medicamentos que se indican a continuación.

- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos utilizados con fines estéticos o para fomentar el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto las vitaminas selectas utilizadas para el cuidado prenatal, la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) y preparaciones con flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia o aumento de peso.
- Medicamentos ambulatorios de una compañía que indica que únicamente ellos deben hacerle pruebas o prestarle los servicios.

B4. Niveles de distribución de costos de la *Lista de medicamentos*

Cada medicamento incluido en nuestra *Lista de medicamentos* se encuentra en uno de cinco niveles. Un nivel se refiere a un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, medicamentos genéricos o de venta libre). Por lo general, cuanto mayor es el nivel de distribución de costos, mayor será el costo que pagará por el medicamento.

- **MC: cubierto por Medicaid.** Este es el nivel más bajo e incluye medicamentos y artículos OTC cubiertos por Michigan Medicaid**.**
- **Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos.** Este nivel incluye medicamentos genéricos preferidos.
- **Nivel 2: medicamentos genéricos.** Este nivel incluye medicamentos genéricos.
- **Nivel 3: medicamentos de marca preferidos.** Este nivel incluye medicamentos de marca preferidos y algunos genéricos.
- **Nivel 4: medicamentos no preferidos.** Este nivel incluye medicamentos de marca no preferidos y algunos medicamentos genéricos de alto costo.

- **Nivel 5: medicamentos de especialidad.** Este es el nivel más alto e incluye medicamentos de especialidad, que se limitan a un suministro de 30 días por surtido o reposición de medicamentos.

Para saber en qué nivel de distribución de costos se encuentra su medicamento, búsquelo en nuestra *Lista de medicamentos*. **En el capítulo 6** del *Manual para el afiliado* se le indica el monto que debe pagar por sus medicamentos en cada nivel.

C. Límites sobre el uso de algunos medicamentos

Para determinados medicamentos, las reglas especiales restringen cómo y cuándo los cubre el plan. En general, nuestras reglas le sugieren adquirir un medicamento que funcione para su afección médica, sea eficaz y no represente ningún riesgo. SI un medicamento seguro y de menor costo obtiene los mismos resultados que un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de medicamentos.* Esto se debe a que se pueden aplicar restricciones diferentes a las distintas versiones del medicamento según factores como la dosis, la cantidad o presentación del medicamento con receta por el proveedor; por ejemplo, 10 mg o 100 mg; una diaria o dos diarias; tableta o líquido.

Si hubiese alguna regla especial para el medicamento, generalmente significa que usted o el proveedor deberán tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Por ejemplo, su proveedor podría tener que informarnos su diagnóstico o proporcionarnos los resultados de sus análisis de laboratorio. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, puede solicitarnos que usemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podemos o no estar de acuerdo en permitirle usar el medicamento sin que deba cumplir medidas adicionales.

Para obtener información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **capítulo 9** del *Manual para el afiliado*.

1. Limitar el uso de un medicamento de marca o de un producto biológico original cuando haya disponible una versión genérica o un biosimilar intercambiable

Por lo general, un medicamento genérico o biosimilar intercambiable obtiene los mismos resultados que un medicamento de marca o un producto biológico original y, por lo general, cuesta menos. En la mayoría de los casos, si existe una versión genérica o un biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o de un producto biológico original, nuestras farmacias de la red le proporcionarán, respectivamente, la versión genérica o el biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no cubrimos el medicamento de marca ni el producto biológico original si existe una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos da la justificación médica por la que el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable no producen resultados satisfactorios para usted, o si otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección, no surten los efectos esperados, entonces podríamos cubrir el medicamento de marca.
- Su copago podría ser más alto por el medicamento de marca o el producto biológico original que por el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable.

2. Solicitud de la aprobación del plan con anticipación

En el caso de determinados medicamentos, usted o el profesional que emite recetas deben obtener la aprobación del plan antes de surtir la receta. A esto se le denomina autorización previa. Esto se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, no podremos cubrir el medicamento. Llame a Atención al Cliente al número que figura en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web *priorityhealth.com/medicare/drug-requirements* para obtener más información sobre autorizaciones previas.

3. Uso sugerido de un medicamento diferente primero

En general, queremos que pruebe primero los medicamentos de menor costo que tienen la misma eficacia, antes de cubrir medicamentos más costosos. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B se emplean para tratar la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que el plan requiera que primero pruebe el medicamento A.

Si el medicamento A no tiene los efectos esperados, entonces cubriremos el medicamento B. A esto se le llama tratamiento escalonado. Llame a Atención al Cliente al número que figura en la parte inferior de la página o en nuestro sitio web *priorityhealth.com/medicare/drug-requirements* para obtener más información sobre el tratamiento escalonado.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que puede recibir. A esto se le llama límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera que tomar solo una pastilla al día de un medicamento determinado no implica riesgos, podríamos limitar la cantidad que puede recibir cada vez que surta su receta.

Para saber si alguna de estas reglas se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la *Lista de medicamentos*. Para información más actualizada, llame a Atención al Cliente o visite nuestro sitio web priorityhealth.com/dual26. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura por alguno de los motivos indicados anteriormente, puede presentar una apelación. Consulte el **capítulo 9** del *Manual para el afiliado.*

D. Motivos por los que su medicamento no tiene ningún tipo de cobertura

Si bien procuramos que nuestra cobertura de medicamentos sea adecuada para usted, en ocasiones es posible que un medicamento no esté cubierto de la manera que usted preferiría. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que desea tomar. Existe la posibilidad de que el medicamento no forme parte de la *Lista de medicamentos*. O que cubramos una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta. También es posible que el medicamento sea nuevo y aún no hayamos estudiado su seguridad y eficacia.

- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen reglas adicionales o límites para la cobertura. Como se explicó en la sección anterior, Límites sobre el uso de algunos medicamentos, ciertos medicamentos cubiertos por nuestro plan tienen reglas que restringen su uso. En algunos casos, se recomienda que usted o el profesional que emita la receta soliciten una excepción.

- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de distribución de costos que hace que su costo sea mayor de lo que considera que debería ser.

Existen pasos que puede seguir si no cubrimos un medicamento de la forma en que usted quisiera.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos ofrecerle un suministro temporal de un medicamento que no forme parte de la *Lista de medicamentos* o que tenga alguna restricción. Esto le dará tiempo para conversar con su proveedor acerca de cómo obtener un medicamento diferente o cómo solicitar que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con estas dos reglas:

1. El medicamento que ha estado tomando:

- ya no forma parte de nuestra *Lista de medicamentos* **o**
- nunca se incluyó en nuestra *Lista de medicamentos* **o**
- ahora tiene algún tipo de restricción.

2. Usted debe encontrarse en una de las siguientes situaciones:
    - Es nuevo en nuestro plan.
        - Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación al plan.**
        - Este suministro temporal es para hasta 30 días.
        - Si la receta está prescrita para menos días, permitiremos que realice varias reposiciones para proporcionar un suministro máximo de 30 días del medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
        - La farmacia del centro de cuidados a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio.
    - Estuvo afiliado al plan por más de 90 días, residen en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato.
        - Cubriremos un suministro para 31 días o menos, siempre y cuando su receta indique menos días. Esto se suma a la situación de suministro temporal anterior.
        - Proporcionamos un suministro temporal para al menos 30 días de medicamentos a los afiliados que presentan un cambio en el nivel de atención, a menos que la receta prescriba menos días.

D2. Cómo solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Atención al Cliente.

Durante el tiempo que reciba el suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor a la brevedad posible para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Estas son las opciones disponibles:

- Cambiarse a un medicamento diferente.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que le ofrezca buenos resultados. Llame a Atención al Cliente para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que puede funcionar para usted.

O

- Solicite una excepción.

  Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede pedir que cubramos un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o que cubramos el medicamento sin restricciones. Si su proveedor considera que existe una justificación médica válida para hacer una excepción, puede ayudarle a solicitarla.

D3. Cómo solicitar una excepción

Si alguno de sus medicamentos fuera retirado de nuestra *Lista de medicamentos* o se restringiera su uso el próximo año, podrá solicitar una excepción antes de que dicho cambio entre en vigor.

- Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura del medicamento para el próximo año. Solicite que hagamos una excepción y cubramos el medicamento para el próximo año de la manera que prefiera.
- Responderemos a esta solicitud de excepción dentro de un plazo de 72 horas posteriores a la fecha de recepción, o al informe de respaldo del médico que emite la receta.
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

Para más detalles sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **capítulo 9** del *Manual para afiliados*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Atención al Cliente o con su coordinador de atención.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero. Sin embargo, podemos agregar o retirar algunos de nuestra *Lista de medicamentos* durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas relacionadas con los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir exigir o no una aprobación previa (PA, por sus siglas en inglés) para un medicamento, es decir, una autorización de nuestra parte antes de que usted pueda recibirlo.
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o modificar las restricciones de tratamiento escalonado para un medicamento (es decir, deberá probar un medicamento antes de que cubramos otro).
- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la *Lista de medicamentos del plan.* Para obtener más información acerca de estas reglas que se aplican a los medicamentos, consulte **la sección C**.

Si toma un medicamento que cubrimos al **comienzo** del año, por lo general no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, excepto en los siguientes casos:

- sale al mercado un medicamento nuevo y más económico que funciona igual de bien que un medicamento que ya está en la *Lista de medicamentos*;**o**
- identificamos que un medicamento no es seguro; **o**
- un medicamento se retira del mercado.

¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que está tomando?

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando se aplican modificaciones a nuestra *Lista de medicamentos*, puede:

- Consultar nuestra *Lista de medicamentos* actualizada en línea en priorityhealth.com/dual26 **o**
- Llamar a Atención al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de esta página para consultar la *Lista de medicamentos* vigente.

Cambios que podemos realizar a la *Lista de medicamentos* que lo afecte durante el año del plan actual

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* tendrán efecto inmediato. Por ejemplo:

- Un nuevo medicamento genérico está disponible. En ocasiones, sale al mercado un medicamento genérico o biosimilar nuevo que es tan efectivo como un medicamento de marca o un producto biológico original que figura ahora en la *Lista de medicamentos*. En estos casos, podemos retirar el medicamento de marca de la lista y agregar el nuevo medicamento genérico, pero el costo por el nuevo medicamento se mantendrá o será menor.

  Cuando agregamos un medicamento genérico nuevo, también podemos decidir conservar el medicamento de marca en la lista, pero cambiaremos sus reglas o limitaciones de cobertura.

  - Es posible que no le informemos sobre dicho cambio con antelación, pero le enviaremos información sobre el cambio específico después de que se lleve a cabo.

  - Usted o su proveedor pueden solicitar una "excepción" a estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos a seguir para solicitar una excepción. Consulte **el capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

Eliminación de medicamentos peligrosos y otros medicamentos que se retiran del mercado En ocasiones, un medicamento puede considerarse peligroso o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos retirarlo de inmediato de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le notificaremos después de realizar el cambio. Si realizamos este tipo de cambio en alguno de los medicamentos que esté tomando, hable con su médico sobre las opciones que podrían ser más adecuadas para usted, incluido cambiar a otro medicamento para tratar su afección.

Es posible que realicemos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos con antelación sobre los otros cambios realizados a la *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir en los siguientes casos:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) proporciona nuevas directrices o hay nuevas pautas clínicas relacionadas con un medicamento.

Cuando ocurran estos cambios, haremos lo siguiente:

- Informarle al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en la Lista de medicamentos o

- Informarle y entregarle un suministro del medicamento para 30 días después de solicitar su reposición.

Esto le da tiempo para conversar con su médico u otro profesional que emite recetas. Pueden ayudarte a decidir lo siguiente:

- Si hay un medicamento similar en nuestra *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar.
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión que viene tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **capítulo 9** del *Manual para el afiliado*..

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

Es posible que realicemos cambios en los medicamentos que toma y que no se mencionan anteriormente, pero que por ahora no le afectan. Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, por lo general no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**..

Por ejemplo, si retiramos un medicamento que está tomando, incrementamos el monto que paga por él o restringimos su uso, entonces este cambio no afectará su uso ni lo que pague por él durante el resto del año.

Si alguno de estos cambios se aplica a un medicamento que está tomando, salvo los descritos en la sección anterior, este no tendrá efecto hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan en curso. Deberá verificar la *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan, cuando la lista esté disponible durante el Período de inscripción abierta, para ver si hay algún cambio en los medicamentos que le afecte durante el próximo año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada por un internamiento cubierto por el plan, por lo general cubriremos el costo de los medicamentos durante su internamiento. Usted no pagará un copago. Una vez que abandone el hospital o el centro de enfermería especializada, cubriremos los medicamentos siempre que los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas para la cobertura.

Para obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que debe pagar, consulte **el capítulo 6** del
Manual para el afiliado.

F2. En un centro de cuidados a largo plazo

Por lo general, un centro de cuidados a largo plazo, por ejemplo, un centro de enfermería, cuenta con su propia farmacia o con una farmacia que suministra los medicamentos de todos sus residentes. Si vive en un centro de cuidados a largo plazo, puede recibir sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia del centro de cuidados a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte de la red o necesita más información, comuníquese con Atención al Cliente.

F3. En un programa de cuidados de hospicio certificado por Medicare

Los cuidados de hospicio y el plan, bajo ninguna circunstancia, cubren los medicamentos simultáneamente.

- Es posible que esté inscrito en un programa de cuidados de hospicio de Medicare y necesite ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, medicamentos contra las náuseas, laxantes o ansiolíticos) que dicho programa no cubra porque no están relacionados con su enfermedad o pronóstico en fase terminal. En ese caso, antes de cubrir el medicamento, nuestro plan deberá recibir una notificación del profesional que emita la receta o del proveedor de cuidados de hospicio que confirme que el medicamento no está relacionado.

- Para evitar retrasos en obtener cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan deba cubrir, puede preguntarle a su proveedor de cuidados de hospicio o a su médico prescriptor para asegurarse de que tenemos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de que usted le pida a una farmacia que surta su receta.

Si deja el programa de cuidados de hospicio, nuestro plan cubrirá todos sus medicamentos. Para evitar retrasos en la farmacia al terminar su beneficio del Programa de Cuidados de Hospicio de Medicare, deberá llevar la documentación a la farmacia para confirmar que abandonó el centro de cuidados de hospicio.

Consulte las secciones anteriores de este capítulo donde se describen los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Consulte el **capítulo 4** del *Manual para el afiliado* para más información sobre el beneficio de los cuidados de hospicio.

H. Programas sobre la farmacovigilancia y el manejo de medicamentos

G1. Programas para ayudarlo a usar los medicamentos de manera segura

Cada vez que se surte una receta, se evalúa la posibilidad de que existan problemas, como errores en los medicamentos o medicamentos que:

- Tal vez no sean necesarios porque usted toma otro similar con el mismo efecto.
- Podrían no ser seguros o aptos para su edad o sexo.
- Podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Contengan ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico.
- Podrían tener un error en la cantidad o en la dosis.
- Contengan cantidades inseguras de analgésicos opioides.

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

G2. Programas para ayudarlo a manejar sus medicamentos

Nuestro plan cuenta con un programa diseñado para brindar apoyo a los afiliados con necesidades de salud complejas. En tales casos, puede ser elegible para recibir servicios, sin costo alguno, a través de un programa de gestión de farmacoterapia (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos ayuden a mejorar su salud. Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre lo siguiente:

- Cómo sacar el mayor provecho posible de los medicamentos que toma.
- Cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones adversas.
- Cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos.
- Cualquier problema o pregunta que tenga referente a los medicamentos recetados y de venta libre.

Luego, le dará:

- Un resumen escrito de esta conversación. Este resumen incluye un plan de acción de medicamentos que le recomienda qué puede hacer para el mejor uso de sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluya todos los medicamentos que toma, la dosis, la hora y el motivo por el que los toma.
- Información sobre cómo eliminar de forma segura los medicamentos recetados que se consideran sustancias controladas.

Se recomienda hablar con el profesional que le emite sus recetas acerca de su plan de acción y lista de medicamentos.

- Lleve el plan de acción y la lista de medicamentos a la consulta o téngala a mano en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.
- Lleve su lista de medicamentos consigo si va al hospital o a una sala de emergencias.

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los afiliados que cumplan con los requisitos. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, háganoslo saber y lo daremos de baja.

Si tiene preguntas acerca de estos programas, comuníquese con Atención al Cliente o con su administrador de atención.

G3. Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos opiáceos de manera segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los afiliados usan de manera responsable los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama programa de manejo de medicamentos (DMP).

Si usted utiliza medicamentos opioides que recibe de varios profesionales que emiten recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con su médico para asegurarnos de que el uso de medicamentos opioides sea adecuado y médicamente necesario. Trabajar con los profesionales que emiten recetas, si decidimos que su uso de opioides con receta o de medicamentos con benzodiazepinas no es seguro, podemos limitar la manera en que puede tomar esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, puede tener las siguientes limitaciones:

- Requerir que usted obtenga todOs sus medicamentos con opioides o benzodiazepinas de cierta farmacia(s).
- Requerir que usted reciba todas sus recetas para medicamentos con opioides o benzodiazepinas de un determinado profesional que emita receta(s).
- Limitar la cantidad de opioides o medicamentos de benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar la manera en que recibe estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, le enviaremos un aviso con anticipación. En la carta se le informará si habrá límites en la cobertura de estos medicamentos o si solo podrá obtener las recetas de un proveedor o farmacia determinados.

También tendrá la oportunidad de indicarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, así como cualquier otra información que considere es importante que sepamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación.

Si considera que cometimos un error, está en desacuerdo con la decisión que tomamos o con la limitación, usted o el profesional que emite recetas puede presentar una apelación. Si decide apelar, revisaremos el caso y le enviaremos una decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso a una organización revisora independiente (IRO, por sus siglas en inglés). Para obtener más información sobre apelaciones y la IRO, consulte el **capítulo 9** del *Manual para el afiliado*.)

Tenga en cuenta que es posible que el DMP no se aplique a usted en las siguientes situaciones:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes,
- recibe cuidados de hospicio, cuidados paliativos o cuidados para la etapa final de su vida, **o**
- vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Capítulo 6: El monto que paga por los medicamentos de Medicare y Michigan Medicaid

Introducción

Este capítulo indica los montos que debe pagar por sus medicamentos como paciente ambulatorio. Por "medicamentos" nos referimos a:

- medicamentos de la Parte D de Medicare, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid.

Como es elegible para Michigan Medicaid, usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudar a cubrir el costo de sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Le enviaremos un encarte por separado, llamado "Cláusula adicional de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para el pago de medicamentos con receta", también conocido como la "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o la "Cláusula adicional de LIS", que le brinda información referente a la cobertura de medicamentos. Si no cuenta con este encarte, llame a Atención al Cliente y solicite el "Anexo de LIS".

> La **Ayuda Adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Este programa también se denomina "Subsidio por bajos ingresos" o "LIS".

Otros términos clave y sus definiciones figuran por orden alfabético en el último capítulo del *Manual para el afiliado*.

Para obtener más información sobre los medicamentos, puede consultar los siguientes recursos:

- Nuestra *Lista de medicamentos con cobertura*.
    - A esta lista la llamamos *Lista de medicamentos*. Esta lista le indica lo siguiente:
        - Los medicamentos que cubrimos.
        - En cuál de los cinco niveles se encuentra cada medicamento.
        - Si existe alguna restricción en los medicamentos.
    - Si necesita una copia de la *Lista de medicamentos*, llame a Atención al Cliente. También puede encontrar la copia más actualizada de la*Lista de medicamentos* en

nuestro sitio web priorityhealth.com/dual26.

- **El capítulo 5** del *Manual para el afiliado*.
    - En este capítulo se le indica cómo obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio a través de nuestro plan.
    - También incluye las reglas que debe seguir. También se le indica los tipos de medicamentos que no cubre nuestro plan.
    - Cuando utilice la “Herramienta de consulta de beneficios en tiempo real” para saber la cobertura de medicamentos (consulte **la sección B2 del capítulo 5**), el costo que verá es un cálculo aproximado de los gastos de bolsillo que usted debe pagar. Puede llamar a su administrador de atención o a Atención al Cliente para obtener más información.
- Nuestro*Directorio de proveedores y farmacias*.
    - En la mayoría de los casos, debe acudir a una farmacia dentro de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias que forman parte de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
    - El*Director de proveedores y farmacias* incluye las farmacias que integran la red. Consulte el**capítulo 5** del *Manual para el afiliado* si desea más información sobre las farmacias de la red.

Índice

A. *Explicación de los beneficios* (EOB) 189

B. Cómo llevar un registro de sus gastos en medicamentos 190

C. Etapas de pago por medicamentos de la Parte D de Medicare 192

D. Etapa 1: Etapa del deducible 193

E. Etapa 2: Etapa de cobertura inicial 193

E1. Sus opciones de farmacia 194

E2. Cómo Obtener un suministro de un medicamento a largo plazo 194

E3. El monto que usted debe pagar 194

E4. Finalización de la Etapa de cobertura inicial 199

F. Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica....199

G. Costos de sus medicamentos si el médico receta un suministro para menos de un mes....199

H. El monto que debe pagar por las vacunas de la Parte D....200

H1. Información que debe saber antes de recibir una vacuna....200

H2. El monto que paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare....201

A. *Explicación de los beneficios* (EOB)

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realice al surtir sus recetas en la farmacia. Hacemos un seguimiento de dos tipos de costos:

- Sus**gastos de bolsillo**: Este es el monto que usted, u otros en su nombre, pagan por sus medicamentos. Esto incluye lo que pagó al surtir un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago realizado por familiares o amigos, así como los pagos hechos por medio de Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud del empleador o del sindicato, Servicios de Salud para Indígenas, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés).

- El**costo total de sus medicamentos**: Este monto corresponde al total de todos los pagos realizados por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Esto incluye los pagos hechos por nuestro plan y los que realizaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtiene los medicamentos por medio de nuestro plan, le enviamos un resumen denominado *Explicación de beneficios*. A este resumen lo llamamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. La EOB contiene más información respecto a los medicamentos que toma, como los incrementos de precio y otros medicamentos con una distribución de costos menor que puedan estar disponibles. Puede hablar con su médico prescriptor sobre estas opciones de menor costo. La EOB incluye:

- **Información del mes**. El resumen indica los medicamentos que recibió el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros en su nombre hayan pagado.

- **Montos totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra el total de los costos de los medicamentos y los pagos totales por los mismos desde el inicio del año.

- **Información sobre el precio del medicamento**. Este es el precio total del medicamento y los cambios en su precio desde el primer surtido para cada reclamación de receta de la misma cantidad.

- **Medicamentos alternativos de menor costo**. Cuando corresponda, esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con una distribución de costos menor para cada reclamación de receta.

Ofrecemos cobertura para medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se contabilizan en el total de gastos de bolsillo.
- Para saber cuáles medicamentos cubre nuestro plan, consulte la *Lista de medicamentos*. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta y de venta libre ya tienen cobertura conforme a los beneficios de Michigan Medicaid. Estos medicamentos están incluidos en la *Lista de medicamentos*.

B. Cómo llevar un registro de sus gastos en medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que usted realiza, usamos los registros que obtenemos de usted y de la farmacia. A continuación le explicamos cómo puede ayudarnos:

1. **Utilice su tarjeta de identificación de afiliado.**

   Muestre su tarjeta de identificación de afiliado cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber cuáles recetas se le surten y cuánto paga.

2. **Asegúrese de que contamos con la información que necesitamos.**

   Proporciónenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que haya pagado. Puede pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo del medicamento.

   - Estos son algunos ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos:
   - Al comprar un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
   - Al pagar un copago por medicamentos que recibe a través del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
   - Al comprar medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
   - Al pagar el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

   Para obtener más información acerca de cómo solicitarnos un reembolso por nuestra parte del costo de un medicamento, consulte el **capítulo 7** del *Manual para el afiliado*.

---

3. Envíenos información referente a los pagos que otros hayan hecho por usted

Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también cuentan para los gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos efectuados por un programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), el Servicio de salud indígena y por la mayoría de las organizaciones benéficas se contabilizan para sus gastos de bolsillo. Estos pagos pueden ayudarle a calificar para la cobertura catastrófica. Si alcanza el monto para la Etapa de cobertura catastrófica, nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare para el resto del año.

4. Consulte las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo postal, asegúrese de que la información sea correcta y que esté completa.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Recibió medicamentos ese día?
- **¿Recibió los medicamentos que figuran en la lista?** ¿Coinciden con los que aparecen en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con los recetados por su médico?

¿Qué sucede si encuentra errores en este resumen?

Si algo en esta EOB le parece confuso o no le parece correcto, llame a Atención al Cliente de **Priority**Medicare Dual Premier. También encontrará respuestas a muchas de sus preguntas en nuestro sitio web: priorityhealth.com/dual26.

¿Y qué ocurre si cree que podría haber un fraude?

Si en este resumen aparecen medicamentos que no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llame a Atención al Cliente de **Priority**Medicare Dual Premier.
- O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Las llamadas a estos números son gratuitas.
- En Michigan, podrá denunciar un caso de fraude llamando sin cargo al 855-MI-FRAUD (643-7283) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. También puede presentar un reclamo en línea desde www.michigan.gov/mdhhs/doing-business/providers/providers/billingreimbursement/report-medicaid-fraud- and-abuse

, así como encontrar información en nuestro sitio web www.michigan.gov/mdhhs/inside-mdhhs/office-of-inspector-general/contact- us. Otra opción es escribir al inspector general a la siguiente dirección: Office of Inspector General
PO Box 30062 Lansing, MI 48909.

Si considera que hay información incorrecta o incompleta, o si tiene alguna pregunta, llame a su administrador de atención o a Atención al Cliente. Es posible que su EOB esté disponible en formato electrónico desde *express-scripts.com.* Guarde estos documentos. Las EOB son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. Etapas de pago por medicamentos de la Parte D de Medicare

Existen tres etapas de pago para la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare de acuerdo con nuestro plan. La cantidad que paga por cada medicamento depende de la etapa en la que se encuentra al momento de surtir o reponer una receta. Estas son las tres etapas:

Etapa 1: Etapa del deducible	**Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**	**Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica**
Durante esta etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos hasta que alcance el deducible anual. Inicia esta etapa cuando surte la primera receta del año. Si usted es elegible para recibir Ayuda adicional, esta etapa no se aplica a su caso.	Durante esta etapa, cubrimos una parte de los costos de los medicamentos que le corresponde y usted paga su parte. Su parte se denomina copago.	Durante esta etapa, cubriremos todos los costos de sus medicamentos hasta el 12/31/2026. Inicia esta etapa luego de pagar un monto determinado de gastos de bolsillo.

D. Etapa 1: Etapa del deducible

Como la mayoría de nuestros afiliados reciben "Ayuda Adicional" con los costos de medicamentos recetados, la Etapa de deducible no se aplica a la mayoría de ellos. Si recibe Ayuda Adicional, esta etapa de pago no se aplica a su caso.

(Consulte el encarte por separado, la “Cláusula adicional de LIS”, para conocer el monto de su deducible).

Si no recibe Ayuda Adicional, la Etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster (culebrilla), el tétanos, además de las vacunas para viajes. Pagará un deducible anual de $615 por los medicamentos del Nivel 3 al 5. Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos del Nivel 3 al 5 hasta que alcance el monto del deducible de nuestro plan. No tendrá que pagar ningún deducible para el resto de los medicamentos. Por lo general, el costo total es más bajo que el precio total habitual del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos que se obtengan en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas de dispensación para medicamentos con precios negociados dentro del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare. Una vez que haya pagado $615 por sus medicamentos de los Niveles 3 al 5, dejará la Etapa de deducible y pasará a la Etapa de cobertura inicial.

E. Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de cobertura inicial, cubrimos una parte de los costos por los medicamentos cubiertos y usted paga su parte. Su parte se denomina copago. El copago depende del nivel de distribución de costos en el que se encuentra el medicamento y de dónde lo obtiene.

Los niveles de distribución de costos se refieren a grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento que forma parte de la *Lista de medicamentos* del plan se encuentra en uno de los cinco niveles de distribución de costos. En general, mientras más alto sea el número del nivel, mayor es el copago. Para conocer los niveles de distribución de costos para sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

- Los medicamentos de los Niveles 1 y 2 tienen el copago más bajo. Estos medicamentos son genéricos cubiertos por la Parte D de Medicare y los medicamentos cubiertos por Medicaid (MC, por sus siglas en inglés). El copago es $0.

- Los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 tienen la distribución de costos más alta. La mayoría de estos medicamentos son de marca y de especialidad. La distribución de costos está entre $0 a 25 % del costo del medicamento, según sus ingresos. Los medicamentos de Nivel 5 (de especialidad) están restringidos a un suministro de 30 días por surtido.

E1. Sus opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia minorista de la red**o**
- Una farmacia fuera de la red.
- En determinados casos, cubrimos las recetas que se surtan en las farmacias fuera de la red. Consulte **el capítulo 5** del *Manual para el afiliado* para saber en qué situaciones es posible.
- Farmacias que ofrezcan el servicio de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones, consulte el**capítulo 5** del *Manual para el afiliado* y el *Directorio de proveedores y farmacias*.

E2. Cómo Obtener un suministro de un medicamento a largo plazo

Puede adquirir un suministro a largo plazo, también denominado “suministro extendido”, al surtir la receta de determinados medicamentos. Un suministro a largo plazo alcanza hasta tres meses. Tiene el mismo costo que un suministro para un mes.

Para obtener más detalles acerca de dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **capítulo 5** del Manual para el afiliado o el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

E3. El monto que usted debe pagar

Durante la Etapa de cobertura inicial, es posible que deba pagar un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con Atención al Cliente para saber cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo al recibir un suministro de un medicamento cubierto para un mes o a largo plazo:

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 30 días	**Servicio para pedidos por correo del plan** Un suministro para tres meses o hasta 90 días	**Una farmacia de un centro de cuidados a largo plazo de la red** Suministro hasta para 31 días	**Farmacia fuera de la red** Suministro hasta para 30 días. La cobertura es limitada en determinados casos. Consulte el **capítulo 5** del *Manual para el afiliado* para obtener más detalles.
Distribución de costos para medicamentos y productos de venta libre cubiertos por Medicaid (MC)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 1 de distribución de costos (medicamentos genéricos preferidos)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de distribución de costos (medicamentos genéricos)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago

Si tiene alguna pregunta, llame a **Priority**MedicareDual Premier al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m a 8 p. m. los siete días de la semana, hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. La llamada es gratuita.
Para obtener información adicional, visite priorityhealth.com/dual26.

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 30 días	**Servicio para pedidos por correo del plan** Un suministro para tres meses o hasta 90 días	**Una farmacia de un centro de cuidados a largo plazo de la red** Suministro hasta para 31 días	**Farmacia fuera de la red** Suministro hasta para 30 días. La cobertura es limitada en determinados casos. Consulte el **capítulo 5** del *Manual para el afiliado* para obtener más detalles.
Nivel 3 de distribución de costos (medicamentos de marca preferidos)	$0 - $12.65 de copago (la distribución de costos puede variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba). 25 % del costo del medicamento (si no recibe Ayuda Adicional).	$0 -$12.65 de copago (la distribución de costos puede variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba). 25 % del costo del medicamento (si no recibe Ayuda Adicional).	$0 - $12.65 de copago (la distribución de costos puede variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba). 25 % del costo del medicamento (si no recibe Ayuda Adicional).	$0 - $12.65 de copago (la distribución de costos puede variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba). 25 % del costo del medicamento (si no recibe Ayuda Adicional).

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 30 días	**Servicio para pedidos por correo del plan** Un suministro para tres meses o hasta 90 días	**Una farmacia de un centro de cuidados a largo plazo de la red** Suministro hasta para 31 días	**Farmacia fuera de la red** Suministro hasta para 30 días. La cobertura es limitada en determinados casos. Consulte el **capítulo 5** del *Manual para el afiliado* para obtener más detalles.
Nivel 4 de distribución de costos (medicamentos no preferidos)	$0 - $12.65 de copago (la distribución de costos puede variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba). 25 % del costo del medicamento (si no recibe Ayuda Adicional).	$0 - $12.65 de copago (la distribución de costos puede variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba). 25 % del costo del medicamento (si no recibe Ayuda Adicional).	$0 - $12.65 de copago (la distribución de costos puede variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba). 25 % del costo del medicamento (si no recibe Ayuda Adicional).	$0 - $12.65 de copago (la distribución de costos puede variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba). 25 % del costo del medicamento (si no recibe Ayuda Adicional).

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o hasta 30 días	**Servicio para pedidos por correo del plan** Un suministro para tres meses o hasta 90 días	**Una farmacia de un centro de cuidados a largo plazo de la red** Suministro hasta para 31 días	**Farmacia fuera de la red** Suministro hasta para 30 días. La cobertura es limitada en determinados casos. Consulte el **capítulo 5** del *Manual para el afiliado* para obtener más detalles.
Nivel 5 de distribución de costos medicamentos de especialidad **Los medicamentos de este nivel están restringidos a un surtido de suministro para 30 días.**	$0 - $12.65 de copago (la distribución de costos puede variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba). 25 % del costo del medicamento (si no recibe Ayuda Adicional).	$0 - $12.65 de copago (la distribución de costos puede variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba). 25 % del costo del medicamento (si no recibe Ayuda Adicional).	$0 - $12.65 de copago (la distribución de costos puede variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba). 25 % del costo del medicamento (si no recibe Ayuda Adicional).	$0 - $12.65 de copago (la distribución de costos puede variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba). 25 % del costo del medicamento (si no recibe Ayuda Adicional).

Para obtener información sobre las farmacias que pueden ofrecerle suministros a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

E4. Finalización de la Etapa de cobertura inicial

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus gastos de bolsillo totales alcanzan los $2,100. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final de año.

Su EOB le ayuda a llevar un control de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. A través de este documento, le informaremos si alcanza el límite de $2,100. Sin embargo, muchos afiliados no lo alcanzan en un año.

F. Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica

Cuando alcanza el límite de $2,100 de gastos de bolsillo por sus medicamentos, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted permanece en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

G. Costos de sus medicamentos si el médico receta un suministro para menos de un mes

Por lo general, usted paga un copago para un suministro completo de un medicamento cubierto por un mes. Sin embargo, el médico puede recetarle un suministro para menos de un mes de medicamentos.

- Existen ocasiones en las que deseará solicitarle al médico que le recete el suministro de un medicamento para menos de un mes; por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez que se sabe tiene efectos secundarios graves.
- Si su médico está de acuerdo, no necesita pagar el suministro para el mes completo de ciertos medicamentos.

Cuando recibe un suministro de un medicamento para menos de un mes, el monto que paga se basa en la cantidad de días que dura el medicamento. Calculamos el monto que paga por día para su medicamento (la "tasa diaria de distribución de costos") y lo multiplicamos por el número de días del medicamento que recibe.

- Ejemplo: Supongamos que el copago por el medicamento para el suministro de un mes completo (un suministro de 30 días, es $1.35. Esto significa que el monto diario que pagará por el medicamento es menos de $0.05. Si obtiene un suministro del medicamento para 7 días, su pago es menos de $.05 por día multiplicado por 7 días, lo que hace un pago total menor a $0.35.

- La distribución de costos diaria le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de que deba pagar el suministro de un mes completo.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro para menos de un mes y así ayudarle a:
    - planificar mejor cuándo reponer sus medicamentos,
    - coordinar las reposiciones de otros medicamentos que tome, **y**
    - acudir a la farmacia con menos frecuencia.

H. El monto que debe pagar por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante acerca de lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas son consideradas beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Estas vacunas están disponibles en nuestra *Lista de medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* de su plan o comuníquese con Atención al Cliente para obtener detalles sobre la cobertura y la distribución de costos correspondiente a vacunas específicas.

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

1. La primera parte de la cobertura es el costo de la vacuna en sí.
2. La segunda parte de la cobertura es por el costo de recibirla. Por ejemplo, a veces la vacuna puede administrarse en forma de inyección aplicada por su médico.

H1. Información que debe saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que llame a su administrador de atención o a Atención al Cliente si tiene la intención de vacunarse.

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre la vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos indicarle cómo mantener bajos sus propios costos al utilizar proveedores y farmacias de nuestra red. Las farmacias y los proveedores de la red aceptan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red colabora con nosotros para asegurarse de que no tenga que pagar nada por adelantado por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare.

H2. El monto que paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare

El monto que pague por una vacuna dependerá del tipo de vacuna (es decir, para qué se le está vacunando).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud en lugar de medicamentos. Estas vacunas tienen cobertura, lo que significa que no debe pagar por ellas. Para obtener más información acerca de la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios que aparece en el **capítulo 4** del *Manual para el afiliado*.
- Otras vacunas son consideradas medicamentos de la Parte D de Medicare. Encontrará estas vacunas en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Tenga en cuenta que es posible que deba pagar un copago por ellas. Si la vacuna es recomendada para adultos por el **Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización** (ACIP, por sus siglas en inglés), entonces se le administrará sin costo alguno.

A continuación, incluimos tres formas comunes para recibir una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Recibe la vacuna de la Parte D de Medicare y se la aplican una farmacia de la red.
    - En cuanto a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada.
    - Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará un copago por ellas.
2. Recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio y el médico se la aplica.
    - En este caso, usted le paga al médico un copago por la vacuna.
    - Nuestro plan cubre el costo por aplicarle la inyección.
    - En este caso, el consultorio de su médico debería comunicarse por teléfono con nuestro plan para asegurarse de que sepan que usted solo debe pagar el copago por la vacuna.
3. Usted recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio médico para que lo inyecten.
    - En cuanto a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, sólo pagará por la vacuna en sí.
    - Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará un copago por ellas.
    - Nuestro plan cubre el costo por aplicarle la inyección.

Capítulo 7 Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Introducción

En este capítulo se le indica cómo y cuándo puede enviarnos una factura para solicitar un reembolso. También se le indica cómo apelar si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura. La terminología clave y sus definiciones figuran por orden alfabético en el último capítulo del *Manual para el afiliado*.

Índice

A. Cómo solicitar que cubramos sus servicios o medicamentos 203

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago 206

C. Decisiones de cobertura 207

D. Apelaciones 208

A. Cómo solicitar que cubramos sus servicios o medicamentos

Nuestros proveedores de la red deben enviar la factura al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos después de que usted los haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de **Priority Medicare**Dual Premier le cobren por estos servicios o medicamentos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y nos aseguramos de que usted no tenga que asumir ningún costo.

Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o de los medicamentos, no la pague y envíenos la factura. Para saber cómo enviarnos una factura, consulte la sección B, del capítulo 7**.**

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó más de lo que le correspondía, tiene derecho a un reembolso.
    - Si pagó por los servicios cubiertos por Medicare, le haremos un reembolso.
    - Si pagó por los servicios cubiertos por Michigan Medicaid, no podemos hacer ningún reembolso, pero el proveedor sí. Usted puede contactarse con el consultorio del proveedor con la ayuda de Atención al Cliente o su administrador de atención. Consulte la parte inferior de la página para encontrar el número de teléfono de Atención al Cliente.
- Si no cubrimos los servicios o los medicamentos, se lo haremos saber.

Si tiene alguna duda, comuníquese con su administrador de atención o con Atención al Cliente. Si no sabe lo que debió haber pagado o recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudarlo. También puede llamar, si lo desea, para brindarnos más información con respecto a una solicitud de reembolso que ya nos haya enviado.

Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que podría necesitar pedirnos que le reembolsemos o cubramos una factura que recibió:

1. **Cuando reciba atención médica urgente o de emergencia por parte de un proveedor fuera de la red.**

   Pídale al proveedor que nos envíe la factura.

- Si paga el monto total al momento de recibir la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto el comprobante del pago que haya realizado.
- Existe la posibilidad de que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted considera que no corresponde. Envíenos la factura junto el comprobante del pago que haya realizado.
    - Si se debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a este.
    - Si ya ha pagado más que su parte del costo del servicio de Medicare, determinaremos cuánto le debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de afiliado cuando recibe cualquier servicio o medicamento con receta. Sin embargo, a veces cometen errores y le solicitan pagar por los servicios que recibe o pagar más que la parte que le corresponde. **Llame a su administrador de atención o a Atención al Cliente** al número que figura en la parte inferior de esta página **si recibe facturas.**

- Debido a que nosotros pagamos el costo total por los servicios que usted recibe, no debe pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le haremos un reembolso por los servicios cubiertos.

3. Si se inscribe en forma retroactiva en nuestro plan

En ocasiones, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. Incluso puede haber sido el año pasado.

- Si se inscribió de manera retroactiva y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le hagamos un reembolso.
- Envíenos la factura junto el comprobante del pago que haya realizado.

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para que le surtan una receta

Si usa una farmacia fuera de la red, usted debe pagar el costo total de su receta.

- Solo en unos pocos casos, cubriremos las recetas que se surten en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo.
- Consulte el **capítulo 5** de este *Manual para el afiliado* a fin de obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de las recetas de la Parte D de Medicare porque no tiene a mano su tarjeta de identificación de afiliado

Si no tiene a mano su tarjeta de identificación de afiliado, puede pedirle a la farmacia que nos llame o que busque la información de inscripción de su plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total de la receta o regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación de afiliado.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo.
- Si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento, es posible que no le reembolsemos el costo total.

6. Cuando usted paga el costo total de la receta de la Parte D de Medicare por un medicamento que no está cubierto

Puede tener que pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos*) en nuestro sitio web; o puede tener un requisito o restricción que no conoce o que no cree que se aplique a usted. Si decide adquirir el medicamento, es posible que deba pagar el costo total por él.
    - Si no paga por el medicamento, pero considera que debemos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **capítulo 9** de este *Manual para el afiliado*.).

  - Si usted y el médico, u otro profesional que emite recetas, consideran que necesita el medicamento de inmediato (en un plazo de 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura acelerada (consulte el **capítulo 9** de este *Manual para el afiliado*.).

- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso. En algunos casos, necesitaremos obtener más información por parte del médico u otro profesional que emite recetas para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento. Si el precio que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento, es posible que no le reembolsemos el costo total.

Cuando nos envía una solicitud de pago, revisamos la solicitud y decidimos si el servicio o el medicamento deben cubrirse. A esto se le llama tomar una "decisión de cobertura." Si concluimos que amerita la cobertura del servicio o medicamento, le reembolsaremos nuestra parte del costo.

Si rechazamos la solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **capítulo 9** de este *Manual para el afiliado*.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado por los servicios de Medicare o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros.** Puede pedirle ayuda a su administrador de atención. Debe enviarnos la información en el plazo de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio, el producto o el medicamento. Para reclamaciones de farmacia de la Parte D de Medicare, debe enviarnos la información en un plazo de tres años a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

Para asegurarse de que nos está enviando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede solicitar el pago a través de nuestro formulario de reclamación.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.

- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web (priorityhealth.com/dual26) o llamar a Atención al Cliente y solicitar el formulario.

Envíe por correo postal la solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

Para reclamaciones médicas:

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

Para reclamaciones de medicamentos con receta de la Parte D: envíe por correo postal la solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

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

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que nosotros decidimos si nuestro plan cubre su servicio, producto o medicamento. También decidimos la cantidad de dinero, si corresponde, que usted debe pagar.

- Le informaremos si necesitamos más información de su parte.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, producto o medicamento, y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo un cheque por de nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado). Si no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

En el capítulo 3 de este *Manual para el afiliado* se explican las reglas para que sus servicios estén cubiertos. En el **capítulo 5** de este *Manual para el afiliado* se explican las reglas que los medicamentos de la Parte D de Medicare estén cubiertos.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. En ella, también se explicarán sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones sobre la cobertura, consulte la **sección E del capítulo 9.**

D. Apelaciones

Si considera que cometimos un error al rechazar la solicitud de pago, puede solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se denomina "presentar una apelación". También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso formal de apelaciones tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **capítulo 9** de este *Manual para el afiliado*.

- Para presentar una apelación sobre el reembolso por un servicio de atención médica, consulte la **sección E** del **capítulo 9.**
- Para presentar una apelación sobre el reembolso por un medicamento, consulte la **sección G del capítulo 9.**

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo se incluyen sus derechos y responsabilidades como afiliado de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. La terminología clave y sus definiciones figuran por orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para el afiliado*.

Índice

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que cumpla con sus necesidades 210

B. Nuestra responsabilidad en cuanto a su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 211

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI) 212

C1. Cómo protegemos su PHI 212

C2. Su derecho a consultar sus expedientes médicos 213

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información 222

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente 223

F. Su derecho a abandonar nuestro plan 223

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 223

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones 224

G2. Su derecho a expresar lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo 224

G3. Qué hacer si no se respetan sus instrucciones 226

H. Su derecho a presentar reclamos y a solicitar que reconsideremos nuestras decisiones 226

I. Sus responsabilidades como afiliado al plan 227

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que cumpla con sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y que sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del idioma inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva, o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprenderlos. Cada año que esté afiliado a nuestro plan debemos informarle sobre sus derechos.

- Para obtener información de una forma que pueda comprender, llame a Atención al Cliente. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Además, nuestro plan puede proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés, incluido el español, y en formatos como letra grande, braille o audio. Si desea presentar una solicitud permanente para recibir materiales, ahora y en el futuro, en otro idioma aparte del inglés o en un formato alternativo, llame a Atención al Cliente al 833.939.0983. Esta información se documentará en su expediente, y recibirá los materiales en el formato que solicitó. Puede hacer cambios a su solicitud en cualquier momento.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar un reclamo, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- **Puede presentar un reclamo ante Michigan Medicaid de la siguiente manera:**
    - Complete el Formulario de reclamo del beneficiario (BCF, por sus siglas en inglés) en línea en *www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/healthcare/beneficiary- support/msa-0300-online-form.* Al enviar la solicitud en línea, se enviará un correo electrónico con su BCF a la Unidad de Apoyo al Beneficiario.
    - Imprima y complete el Formulario de reclamo del beneficiario (MSA-0300).
    - Siga las instrucciones del formulario y envíelo por correo a la dirección que se muestra a continuación:

Michigan Department of Health and Human Services
Health and Aging Services Administration
Customer Services Division
PO Box 30479
Lansing, MI 48909-7979

- Si tiene preguntas sobre el Formulario de reclamo del beneficiario o este proceso, llame a la **Línea de ayuda para beneficiarios** al **1-800-642-3195**.

- **La Oficina de Derechos del Beneficiario de Míchigan** (ORR, por sus siglas en inglés) es una agencia estatal que investiga las denuncias de violaciones de los derechos establecidos por el Código de Salud Mental de Míchigan.
    - Puede presentar su reclamo comunicándose con la ORR de Macomb County Community Mental Health (MCCMH-ORR) al (586) 469-6528. Nuestro horario de atención es de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. También puede dejar un mensaje fuera de ese horario, y el personal se comunicará con usted durante el horario de atención habitual.
    - Además, puede completar un formulario de reclamo sobre los derechos del beneficiario y enviarlo por correo, fax o correo electrónico.
- La Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad en cuanto a su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como afiliado a nuestro plan, usted tiene derechos.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **capítulo 3** de este *Manual para el afiliado*.
    - Llame a su administrador de atención o a Atención al Cliente, o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y los médicos que están aceptando pacientes nuevos.
- También tiene derecho a acudir a un especialista en salud femenina sin una derivación. Una derivación es una aprobación de su PCP para usar los servicios de un proveedor que no es su PCP.

- Tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable,
    - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
    - Si no puede obtener servicios dentro de un período razonable, debemos pagar para que usted pueda recibir atención fuera de la red.
- Tiene derecho a obtener servicios de emergencia o atención de urgencia sin autorización previa (PA).
- También tiene derecho a obtener los medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de la red sin demasiada demora.
- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **capítulo 3** de este *Manual para el afiliado*.

En el **capítulo 9** de este *Manual para el afiliado* se le indica qué puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un periodo razonable. También se le indica qué puede hacer si le negamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)

Protegemos su PHI como lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus expedientes médicos y otro tipo de información médica y de salud.

Usted tiene derechos en lo que respecta a su información y controla la manera en que se usa su PHI. Nosotros le brindamos un aviso por escrito en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se denomina "Aviso de prácticas de privacidad".

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizadA pueda ver ni modificar sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no compartimos su PHI con nadie que no le brinde atención médica o que no pague por esta. Si lo hacemos, primero debemos

---

obtener su autorización por escrito. Usted, o alguien autorizado legalmente para tomar decisiones en su nombre, puede dar dicha autorización.

Sin embargo, a veces no necesitamos obtener primero su autorización por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.

- Debemos divulgar la PHI a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención de nuestro plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos proporcionarle a Medicare su PHI, incluida la información sobre los medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare divulga su PHI con fines de investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales.
  Michigan Medicaid puede divulgar su información sin su autorización con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o cuando así lo exija la ley.

C2. Su derecho a consultar sus expedientes médicos

- Tiene derecho a revisar sus expedientes médicos y a obtener una copia de estos.
- También tiene derecho a solicitarnos que se hagan actualizaciones o correcciones a sus expedientes médicos. Si usted nos lo pide, trabajaremos junto con el proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben efectuarse.
- Tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otras personas y de qué manera lo hacemos con fines que no sean los establecidos.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Atención al Cliente.

Aviso de prácticas de privacidad

En este aviso se describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información. Revíselo detalladamente.

Nuestro compromiso con usted

Priority Health y Priority Health Choice, Inc. (denominados “Priority Health”) comprenden la importancia del manejo cuidadoso de la Información médica protegida (PHI). Estamos comprometidos a proteger la privacidad de la PHI de todos los afiliados en cada entorno. De igual manera, las leyes estatales y federales nos exigen garantizar que su PHI se mantendrá privada.

Cuando se inscribe en Priority Health o usa los servicios brindados por alguno de sus planes, su PHI puede ser divulgada a Priority Health y por Priority Health. Su PHI se comparte y se usa para organizar y supervisar su atención médica, pagar sus reclamaciones médicas y ayudar en las operaciones para el cuidado de la salud.

La ley federal nos exige que le proporcionemos este Aviso de prácticas de privacidad. En él se indican nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad respecto a su PHI. También se establecen sus derechos legales con respecto al uso o la divulgación de su PHI, conforme a dichas leyes. Priority Health está obligado por la ley a cumplir los términos del Aviso de privacidad actualmente vigente, así como a informar a las personas afectadas tras una violación de la PHI no asegurada.

El uso o la divulgación de su PHI

En las siguientes secciones se describen las maneras en que Priority Health usa o comparte su PHI sin su autorización por escrito. No compartimos su PHI con ninguna persona que no tenga la "necesidad de saber" para realizar alguna de las tareas indicadas a continuación.

Tratamiento: Priority Health puede usar o compartir su PHI con aquellos que le brindan tratamiento con el fin de organizar y supervisar su atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre sus medicamentos con receta con su proveedor para que comprenda mejor cómo brindarle atención médica.

Pago: Priority Health puede usar su PHI o divulgarla a terceros para cobrar primas, determinar su elegibilidad o pagar por la atención médica. Por ejemplo, podemos usar su PHI cuando recibimos una reclamación de pago. La reclamación nos indica qué servicios recibió y existe la posibilidad de que en esta se incluya un diagnóstico. También podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, en caso de que tenga cobertura con más de uno.

Operaciones para el cuidado de la salud: Priority Health puede usar o divulgar su PHI a terceros con el fin de ayudar en las actividades laborales diarias de Priority Health, como observar la calidad de la atención médica, evaluar el uso de los servicios y realizar programas para el control de enfermedades. Por ejemplo, el personal de Priority Health puede usar su PHI, junto con la de otros afiliados, para analizar la calidad de la atención que proporcionan los proveedores de atención médica. De igual manera Priority Health puede usar o divulgar su PHI para la suscripción, inscripción y otras actividades relacionadas con la creación, renovación o sustitución de un plan de salud. Sin embargo, no podemos usar ni divulgar la información genética para decidir si le otorgaremos o no la cobertura y el precio de esta.

Tenga en cuenta que no destruimos su PHI cuando usted finaliza su cobertura con nosotros. Es posible que se necesite usar o compartir su PHI para los fines descritos anteriormente, incluso después de que finalice su cobertura. Las políticas y procedimientos de privacidad seguirán vigentes para protegerlo del uso o la divulgación incorrecta de su PHI.

A usted o a su representante personal: Podemos divulgarle su PHI a usted o a su representante personal; este es una persona que tiene el derecho legal de actuar en su nombre.

A terceros responsables de su cuidado: En ciertos casos, podemos compartir su PHI con un familiar, allegado, amigo cercano o cualquier otra persona que identifique si están involucrados en su atención médica o en el pago por dicha atención. Por ejemplo, podemos hablar sobre la decisión de una reclamación con usted en presencia de un amigo o un familiar, a menos que se oponga.

En caso de que no logre comunicarnos sus preferencias, compartiremos su PHI si consideramos que es lo mejor para usted, por ejemplo, si está inconsciente. También podemos compartir su PHI cuando sea necesario reducir una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad.

Esto también aplica al Acuerdo de atención médica organizada (OHCA, por sus siglas en inglés) entre Priority Health y Corewell Health. Priority Health compartirá su PHI con Corewell Health para fines de tratamiento, pago y operaciones para el cuidado de la salud. Asimismo, Priority Health se reserva el derecho legal de que la organización o cualquier persona realice cambios en su participación en el OHCA entre Priority Health y Corewell Health.

Otro uso o divulgación de su PHI sin su autorización por escrito

Priority Health tiene permitido o debe compartir su PHI de otras maneras, que generalmente contribuyan al bien común; por ejemplo, a la salud pública y a la investigación.
Priority Health también puede usar o compartir su PHI para lo siguiente:

- Cuando lo exija la ley.
    - Con fines de cumplimiento de la ley.
    - Cuando sea necesario para procedimientos judiciales o administrativos, como acciones judiciales.

- Para cumplir con los requisitos de compensación de los trabajadores, de acuerdo a lo autorizado por la ley aplicable.

- Para diferentes funciones del gobierno, como divulgaciones a las agencias de supervisión de la salud para realizar actividades autorizadas por la ley, para el personal activo de las Fuerzas Armadas, a las agencias de inteligencia para la seguridad nacional y al Departamento de Estado para fines de servicios externos; por ejemplo, autorización de seguridad.

- Según lo requiera, un médico forense, un médico legista, un funcionario encargado del cumplimiento de la ley o un director de servicios funerarios para cumplir con sus obligaciones legales en lo que respecta a una persona fallecida o a organizaciones de donación de órganos, ojos o tejidos y trasplantes de donantes fallecidos.

- Para asuntos de interés público.

  - Para informar sobre el maltrato, negligencia o violencia doméstica de adultos.

  - Para prevenir una amenaza grave para la salud y la seguridad de una persona o comunidad.

  - Para informar a las organizaciones de obtención de órganos y donación de tejidos.

  - Para actividades de salud y seguridad pública, incluidos los informes del control de enfermedades y estadísticas vitales, informes sobre maltrato infantil y la supervisión de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

  - Para fines de investigación, siempre que se cumpla con los estándares de privacidad aplicables en dicha investigación.

  - Para hacer una recolección de información anónima, es decir PHI que no se pueda relacionar con usted.

- Eventualmente, contratamos a terceros, conocidos como socios comerciales, para que nos proporcionen diversos servicios. Siempre que un convenio con dicho tercero implique el uso o la divulgación de su PHI, contaremos con un contrato por escrito con este, el cual será diseñado para proteger la privacidad

de dicha PHI. Por ejemplo, podemos compartir su PHI con los socios comerciales que dan trámite a las reclamaciones o dirigen programas para el control de enfermedades en nuestro nombre.

Uso o divulgación de su PHI con patrocinadores del plan de salud grupal

Esta sección del Aviso de prácticas de privacidad únicamente aplica a los planes de salud grupales.

Priority Health puede compartir su PHI con el patrocinador de su plan grupal, que por lo general es el empleador, sobre si se encuentra inscrito o se ha cancelado su inscripción del plan. Priority Health también puede compartir con el patrocinador un resumen de la información médica. Se trata de un resumen de la cantidad, el tipo y el historial de reclamaciones pagadas, según el plan de salud grupal del patrocinador, sin la mayoría de la información de identificación, como su nombre, edad y dirección, excepto el código postal. El patrocinador puede usar esta información para obtener ofertas en la prima de la cobertura del plan de salud o para decidir si modificar, enmendar o terminar el plan. Si el patrocinador del plan de salud grupal toma medidas apropiadas para cumplir con las reglamentaciones federales respecto de la privacidad, Priority Health también podrá divulgarle su PHI a este patrocinador para la administración del plan de salud grupal que este ofrece.

Otro uso o divulgación de su PHI únicamente con autorización por escrito

Priority Health no puede usar ni divulgar su PHI sin su autorización por escrito, con excepción de lo explicado en este aviso. Usted puede otorgarnos autorización por escrito para usar su PHI o divulgarla a cualquier persona y para cualquier propósito. Si nos brinda autorización por escrito, puede retirarla (revocarla) en cualquier momento informando por escrito al Departamento de Cumplimiento de Priority Health. Si revoca su autorización por escrito, ya no usaremos ni compartiremos su PHI por las razones incluidas en su autorización por escrito, pero esto no afectará ningún uso o divulgación de su PHI permitido por la autorización por escrito mientras estuvo vigente. También debemos obtener su autorización por escrito para vender su PHI a un tercero o, en la mayoría de los casos, para usar o divulgar la PHI con el fin de enviarle mensajes sobre productos y servicios. Sin embargo, no necesitamos su autorización por escrito para enviarle mensajes sobre alternativas de tratamiento, recordatorios de tratamiento y productos o servicios relacionados con la salud, siempre que estos estén asociados a su cobertura o sean ofrecidos por nosotros.

Nunca venderemos, usaremos ni divulgaremos la PHI, sin su autorización por escrito, con fines de comercialización.

Debemos obtener autorización por escrito para divulgar notas de psicoterapia, con excepción de determinados tratamientos, actividades relacionadas con pagos y operaciones para el cuidado de la salud.

El padre, la madre, el tutor legal o el defensor del paciente, debidamente nombrado, puede representarlo y proporcionar o revocar una autorización por escrito para usar o compartir su PHI si usted no puede hacerlo. Se necesitarán documentos del tribunal para comprobar dicha autoridad.

Posible impacto de otras leyes aplicables

Por lo general, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) no sustituye ni reemplaza otras leyes que brindan una mayor protección de privacidad a las personas. Por lo tanto, si alguna ley estatal o federal relacionada con la privacidad nos exige que le otorguemos más protecciones de privacidad, debemos cumplir con dicha 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 cuando son contratados y anualmente.
- Todos los empleados deben reconocer que comprenden su obligación de mantener privada la PHI del afiliado. También se informan sobre las acciones que tomará la compañía si no se respetan las políticas de privacidad.
- Priority Health tiene un control estricto del acceso a la información electrónica e impresa específica de los afiliados. Solo aquellos usuarios autorizados con una contraseña tienen acceso a la información electrónica. La información impresa se guarda en lugares seguros. El acceso solo se otorga a quienes lo necesitan para administrar la atención de los afiliados o con fines administrativos.

Sus derechos legales con respecto a su PHI

Usted cuenta con los siguientes derechos:

Derecho legal a revisar la PHI y obtener copias. Tiene derecho legal a leer y recibir una copia de su PHI que puede usarse para tomar decisiones respecto a la atención y al pago de dicha atención, mientras permanezca archivada en nuestros registros. Existen limitados casos en los que podemos negar la solicitud de revisar y reproducir copias de estos registros. Si le negamos el acceso a la PHI, puede solicitar que se revise esta decisión. En caso de que solicite una copia de su PHI, podemos cobrarle una tarifa por el costo de

reproducción de copias, envío de la información, además de costos adicionales asociados con su solicitud.

Para revisar y obtener copias de su PHI, comuníquese con el Departamento de Cumplimiento de Priority Health.

Derecho legal a corregir sus expedientes médicos y de reclamaciones. Tiene derecho legal a solicitar que Priority Health modifique cualquier PHI que utilicemos para tomar decisiones con respecto a su salud. Por lo general, Priority Health no modifica los registros si no estos fueron generados por nosotros o en su defecto, determinamos que son exactos y están completos. Si desea solicitar que modifiquemos su PHI, debe escribir al Departamento de Cumplimiento de Priority Health e incluir un motivo para respaldar dicho cambio.

Derecho legal a recibir un informe de divulgaciones. Tiene derecho legal a solicitar un informe de divulgaciones; es decir, una lista de las veces que compartimos su PHI durante 6 años antes de la fecha de su solicitud. El informe de divulgaciones no incluirá las veces en las que se compartió su PHI en los siguientes casos:

- Realizar operaciones relacionadas con un tratamiento, pago o atención médica.
- A usted o su representante personal.
- A cualquier persona a la que haya dado autorización por escrito.
- Con propósitos de seguridad nacional o inteligencia.
- A instituciones penitenciarias o autoridades encargadas del cumplimiento de la ley, según está descrito en este aviso.
- Como parte de un conjunto de datos limitado, es decir una recopilación de la PHI que no lo identifica a usted de forma directa.

La solicitud debe indicar en qué formato desea la lista, por ejemplo, impresa o de forma electrónica. La primera lista que solicite en un plazo de 12 meses será gratuita, pero si solicita listas adicionales podremos cobrarle una tarifa por los costos de estas. Le informaremos el costo y en ese momento podrá elegir si retirar o modificar la solicitud, antes de que le cobremos cualquier tarifa.

Derecho legal a solicitar restricciones. Tiene derecho legal a solicitar que se establezca un límite en su PHI que podemos usar o compartir. La ley no nos exige aceptar dicha solicitud. Si aceptamos su solicitud de restricción, cumpliremos con ella a menos que su PHI sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Para solicitar las restricciones, debe presentar la solicitud por escrito ante el Departamento de Cumplimiento de Priority Health. En la solicitud debe establecer:

- Qué PHI desea limitar.
- Si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos.
- A quién desea que le apliquemos estos límites.

Priority Health le informará, ya sea de forma escrita o por teléfono, el momento en que recibamos la solicitud y sobre cualquier restricción que aceptemos.

Derecho legal a solicitar comunicados confidenciales. Puede solicitar que Priority Health se comunique con usted por otros medios o en una ubicación diferente, por ejemplo, probablemente desee que le enviemos su PHI a una dirección diferente, tal como la Explicación de los beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) u otra información relacionada con las reclamaciones. Priority Health aceptará la solicitud si expone claramente por escrito que comunicarnos con usted sin utilizar los medios o ubicaciones alternativos podría ponerlo en peligro. Priority Health aceptará la solicitud si esta es razonable, indica los medios o ubicaciones alternativos y nos permite cobrar las primas y pagar las reclamaciones.

Para solicitar comunicados confidenciales, debe presentar la solicitud por escrito ante el Departamento de Cumplimiento de Priority Health.

Derecho legal a recibir una copia impresa de este aviso. Si la solicita, tiene derecho legal a recibir una copia impresa del Aviso de prácticas de privacidad vigente de Priority Health. Para obtener una copia impresa de este aviso, llame al Departamento de Servicio de Atención al Cliente, por otro lado, también puede imprimir la copia de este aviso desde el sitio web ***priorityhealth.com***.

Reclamos

Si considera que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo ante Priority Health y/o la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés). Para presentar un reclamo ante Priority Health, llame o envíe una explicación sobre el tema en cuestión por escrito al Departamento de Privacidad de Priority Health, no tomaremos represalias en su contra por presentar dicho reclamo.

Nuestras responsabilidades

Priority Health tiene las siguientes responsabilidades:

- Por ley, debemos mantener la privacidad y seguridad de su PHI.
- Le informaremos de manera oportuna si ocurre una violación que pueda poner en riesgo la privacidad o seguridad de su PHI.

- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia de este.
- No usaremos ni compartiremos su PHI salvo en los casos aquí descritos, a menos que nos comunique por escrito que podemos hacerlo. En caso de que nos autorice, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, infórmenos por escrito.

Modificaciones a este aviso

Priority Health tiene el derecho a modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos incluidos en este aviso en cualquier momento. Cualquier cambio en nuestro Aviso de prácticas de privacidad entrará en vigencia para toda la PHI que conservemos, independientemente de cuándo se haya creado o recibido. En el próximo correo anual proporcionaremos una copia del nuevo aviso, o de la información respecto a los cambios en las prácticas de privacidad y cómo obtener el nuevo aviso, a los afiliados que estarán cubiertos por uno de nuestros planes de salud. El nuevo aviso también estará disponible previa solicitud y será publicado en nuestro sitio web.

Información de contacto

Si tiene preguntas sobre cómo se usará y divulgará su PHI y cómo obtener acceso a ella, comuníquese con el Departamento de Privacidad de Priority Health; los detalles se muestran más abajo.

Comuníquese con el Departamento de Cumplimiento de Priority Health si tiene alguna otra duda o inquietud.

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 entró en vigencia el: 1 de septiembre de 2019

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como afiliado de nuestro plan, tiene derecho a que le brindemos información acerca del plan, los proveedores de nuestra red y los servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder sus preguntas acerca de nuestro plan. Para conseguir un intérprete, llame a Atención al Cliente. Este servicio es gratuito para usted. También podemos proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés, incluido el español. Además, podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

Si desea información sobre cualquiera de los siguientes temas, llame a Atención al Cliente:

- Cómo elegir un plan o cambiar de plan
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
    - información financiera;
    - la calificaron del plan por parte de los afiliados;
    - el número de apelaciones presentadas por los afiliados;
    - la manera de abandonar nuestro plan.
- Los proveedores de nuestra red y las farmacias de nuestra red, incluido lo siguiente:
    - la manera de elegir o cambiar proveedores de atención primaria;
    - las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red;
    - la manera en que les pagamos a los proveedores en nuestra red.
- Los servicios o medicamentos cubiertos, incluido lo siguiente:
    - servicios (consulte los **capítulos 3 y 4** de este *Manual para el afiliado*) y medicamentos (consulte los **capítulos 5 y 6** de este *Manual para el afiliado*) cubiertos por nuestro plan;
    - límites para su cobertura y medicamentos;
    - reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos.

- El motivo por el que algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **capítulo 9** de este *Manual para el afiliado*), incluso pedirnos que:
    - expliquemos por escrito por qué algo no está cubierto;
    - cambiemos una decisión que tomamos;
    - paguemos una factura que haya recibido;

E. Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden exigirle que pague por los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle el saldo o cobrarle si pagamos menos del monto que cobra el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle los servicios cubiertos, consulte el **capítulo 7** de este *Manual para el afiliado*.

F. Su derecho a abandonar nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si no lo desea.

- Tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Original Medicare u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **capítulo 10** de este *Manual para el afiliado para lo siguiente:*
    - Obtener más información acerca de cuándo puede unirse a un nuevo plan MA o de beneficios de medicamentos.
    - Obtener información acerca de cómo recibirá sus beneficios de Michigan Medicaid si abandona nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a recibir información completa de parte de sus médicos y demás proveedores de atención médica para ayudarle a tomar decisiones sobre su atención.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones

Los proveedores deben explicarle su afección y las opciones de tratamiento de una manera que pueda comprenderlos. Esto incluye lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le informen todas las opciones de tratamiento, independientemente del costo o la cobertura de los beneficios.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado. Debemos informarle con anticipación si determinado servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Buscar una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de tomar una decisión sobre el tratamiento.
- **Rehusarse.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado, esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja lo contrario. Tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos con receta. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento con receta, no lo daremos de baja de nuestro plan. No obstante, si rechazara el tratamiento o dejara de tomar sus medicamentos, usted asumirá toda la responsabilidad de lo que le ocurra en consecuencia.
- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor le negó la atención.** Tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le niega la atención que usted cree que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que le negamos o que, por lo general, no cubrimos.** A esto se le llama una "decisión de cobertura". En el **capítulo 9** de este *Manual para el afiliado* se menciona la manera de solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a expresar lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo

En Míchigan, puede crear un documento legal llamado **Poder notarial duradero para recibir atención médica (DPOA-HC, por sus siglas en inglés).** A través de este documento puede nombrar a un **defensor del paciente** que pueda tomar decisiones médicas por usted si queda incapacitado y no puede tomar sus propias decisiones. El DPOA-HC puede incluir una "directiva anticipada" como se describe a continuación. En ocasiones, las personas no son capaces de tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Ante esta posibilidad, puede hacer lo siguiente de forma anticipada:

- Completar un formulario por escrito **para otorgarle a alguien el derecho de tomar decisiones de atención médica en su nombre** en caso de que se vea imposibilitado para tomar sus propias decisiones.
- **Dar instrucciones por escrito a los médicos** acerca de la manera en que desea que se maneje la atención médica en caso de que se vea imposibilitado para tomar sus propias decisiones, incluida la atención médica que **no** desea recibir.

El documento legal para dar sus indicaciones se llama "directiva anticipada". Existen diferentes tipos de directivas anticipadas, cada una de los cuales tiene un nombre distinto, Ejemplos de estas directivas son el testamento vital y el poder para la atención médica.

No es necesario que tenga una directiva anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea hacer uso de una directiva anticipada:

- **Consiga el formulario.** Puede obtener el formulario por medio de un médico, un abogado o un trabajador social, o en algunas tiendas de artículos para oficina. Las farmacias y los consultorios de los proveedores a menudo tienen los formularios. En *https:// www.priorityhealth.com/medicare/once-you-enroll/plan Administración/Directivas anticipadas***, encontrará un formulario gratuito que puede descargar.**
- **Complete el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Considere pedirle a un abogado o a otra persona de confianza, como un familiar o su PCP, que le ayude a completarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas que necesiten saberlo.** Entregue una copia del formulario al médico. También debe entregarle una copia a la persona que usted designa para que tome decisiones en su nombre si usted no puede tomarlas. También les puede entregar copias a sus amigos o familiares cercanos y guarde una copia en casa.
- Si lo hospitalizan y tiene una directiva anticipada firmada, **lleve una copia de ella al hospital**.
    - En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.
    - En caso de que no haya firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital cuenta con formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Esto incluye lo siguiente:

- Solicitar que se incluya su directiva anticipada en sus expedientes médicos.
- Cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.

De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarle por el hecho de haber firmado una directiva anticipada. Llame a Atención al Cliente para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se respetan sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no respetó las instrucciones detalladas en esta, puede presentar un reclamo ante la Oficina de Sistemas Comunitarios y de Salud del Departamento de Licencias y Asuntos Regulatorios de Míchigan a la siguiente dirección: Department of Licensing and Regulatory Affairs, Bureau of Community and Health Systems, P.O. Box 30664, Lansing, MI 48909. Por teléfono: 800.882.6006. Por fax: 517.335.7167. Por correo electrónico: BCHS-Complaints@michigan.gov.

H. Su derecho a presentar reclamos y a solicitar que reconsideremos nuestras decisiones

En el **capítulo 9** de este *Manual para el afiliado* se le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de su atención médica o servicios cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que rectifiquemos una decisión de cobertura o presentar un reclamo.

Usted tiene derecho a recibir información sobre las apelaciones y reclamos que otros afiliados al plan hayan presentado contra nosotros. Llame a Atención al Cliente para obtener esta información.

H1. Qué hacer si recibió un trato injusto o desea obtener más información sobre sus derechos

Si considera que lo tratamos de manera injusta, y **no** se trata de discriminación por las razones enumeradas en el **capítulo 11** de este *Manual para el afiliado*, o si desea más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Atención al Cliente.
- MI Options al 800.803.7174. Para obtener más detalles acerca de MI Options, consulte el **capítulo 2**.

- El Programa MI CHHO al 1-888-746-6456. Para obtener más detalles sobre este programa, consulte el **capítulo 2** de este *Manual para el afiliado*.

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar el documento "Derechos y protecciones de Medicare", que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and- protections.pdf.)

Ayuda al Cliente de Medicaid - MSA/MDHHS al 1-800-642-3195. Para llamadas desde Míchigan únicamente, llame al 1-800-642-3195.

I. Sus responsabilidades como afiliado al plan

Como afiliado al plan, tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se detallan a continuación. Si tiene alguna duda, llame a Atención al Cliente.

- **Lea este *Manual para el afiliado*** para conocer lo que cubre nuestro plan y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener más detalles:
  - sobre los servicios cubiertos, consulte los **capítulos 3 y 4** de este *Manual para el afiliado*. En estos capítulos se le indica qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué debe pagar;
  - sobre los medicamentos cubiertos, consulte los **capítulos 5 y 6** de este *Manual para el afiliado*;
  - **sobre cómo informarnos acerca de cualquier otra cobertura de salud o medicamentos.** que tiene. Tenemos la obligación de asegurarnos de que use todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Atención al Cliente si tiene otra cobertura.
- **Informe al médico y demás proveedores de atención médica** que está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de afiliado cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y demás proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
  - Comparta la información que necesiten sobre usted y su salud. Infórmese tanto como sea posible sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones acordadas por usted y los proveedores.

- Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que usted toma. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.

- Haga todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben darle explicaciones que usted pueda entender. Si hace alguna pregunta y no entiende la respuesta brindada, pregunte nuevamente.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos los afiliados al plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio médico, los hospitales y los consultorios de otros proveedores.

- **Pague lo que deba.** Como afiliado al plan, es responsable de los siguientes pagos:

  - Primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los afiliados a **Priority**Medicare Dual Premier, Medicaid paga su prima de la Parte A de Medicare y su prima de la Parte B de Medicare.

  - Para algunos medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo al momento de recibir el medicamento. Esta será un coseguro o un copago/copago (un monto fijo). En el **capítulo 6** se indica lo que debe pagar por los medicamentos.

  - **Si obtiene servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (**Nota:** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **capítulo 9** para obtener información sobre cómo presentar una apelación).

- **Infórmenos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a Atención al Cliente.

  - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden estar afiliadas a este plan. En el **capítulo 1** de este *Manual para el afiliado* encontrará información sobre nuestra área de servicio.

  - Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si contamos con un plan en su nueva ubicación.

- Informe a Medicare y a Michigan Medicaid su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **capítulo 2** de este *Manual para el afiliado* para conocer los números de teléfono de Medicare y Michigan Medicaid.
- **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo.** Necesitamos tener su registro de afiliación actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**

- **Llame a Atención al Cliente para solicitar ayuda en caso de que tenga preguntas o inquietudes.**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene algún problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos)

Introducción

En este capítulo encontrará información acerca de sus derechos. Léalo para saber qué hacer si se encuentra en las siguientes situaciones:

- Tiene un problema con el plan o un reclamo sobre este.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan dijo que no pagará.
- No está conforme con una decisión que tomó su plan respecto a su atención.
- Considera que sus servicios cubiertos terminan antes de tiempo.

Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que busca. **Si tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que son aplicables para su situación.**

Debería recibir la atención médica, los medicamentos, los apoyos y servicios a largo plazo, así como otros apoyos y servicios que el médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte de su plan de atención. Primero debe intentar resolver la situación con sus proveedores y **Priority**Medicare Dual Premier. **Si aún tiene problemas con su atención o con nuestro plan, puede llamar a MI CHHO al 1-888-746-6456.** En este capítulo se explican las diferentes opciones que tiene para diferentes problemas y reclamos, pero siempre puede llamar a MI CHHO para que lo ayuden a resolver su problema. Para obtener recursos adicionales que lo ayuden a abordar sus inquietudes y conocer las formas de comunicarse con ellos, consulte las secciones G-H del **capítulo 2** para obtener más información sobre los programas de defensor del pueblo.

Índice

A. Qué hacer si tiene algún problema o alguna inquietud 233

A1. Acerca de los términos legales 233

B. Dónde obtener ayuda 233

B1. Más información y ayuda 233

C. Información sobre los reclamos y apelaciones de Medicare y de Michigan Medicaid en nuestro plan 234

D. Problemas con sus beneficios 234

E. Decisiones de cobertura y apelaciones 235

E1. Decisiones de cobertura 235

E2. Apelaciones 236

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones. 236

E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarlo? 238

F. Atención médica 238

F1. Uso de esta sección 239

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura 240

F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 242

F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 247

F5. Problemas de pago 252

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare 253

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare 253

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare 255

G3. Aspectos importantes que debe conocer para solicitar una excepción 257

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 258

G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 261

G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 263

H. Cómo solicitarnos cobertura para una hospitalización más prolongada 265

H1. Información sus derechos conforme a Medicare 266

H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 267

H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 269

I. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos 270

I1. Aviso anticipado antes de que finalice su cobertura 270

I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 270

I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 273

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2 274

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare 274

J2. Apelaciones adicionales de Michigan Medicaid 275

J3. Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare 276

K. Cómo presentar un reclamo 278

K1. ¿Qué tipo de problemas se deben resolver mediante un reclamo? 278

K2. Reclamos internos 280

K3. Reclamos externos 282

A. Qué hacer si tiene algún problema o alguna inquietud

En este capítulo se explica cómo manejar los problemas e inquietudes. El proceso que debe usar depende del tipo de problema que tenga. Use un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar reclamos** (también llamados quejas).

Para garantizar la equidad y prontitud, cada proceso cuenta con un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

En este capítulo, se incluyen términos legales para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que usamos palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales siempre que sea posible. Además, se hace el menor uso de las abreviaturas como sea posible.

Por ejemplo:

- Decimos "presentar un reclamo" en lugar de "interponer una queja".
- Decimos "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización", "determinación de beneficios", "determinación de riesgo" o "determinación de cobertura".
- Decimos "decisión de cobertura acelerada" en lugar de "determinación expedita".
- Decimos "Organización Revisora Independiente" (IRO, por sus siglas en inglés) en lugar de "Entidad Revisora Independiente" (IRE, por sus siglas en inglés).

Conocer los términos legales correctos puede ayudarlo a comunicarse con mayor claridad; es por eso que también se los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Más información y ayuda

En ocasiones, el inicio o seguimiento de un proceso para tratar un problema puede ser confuso, en especial si usted no se siente bien o tiene energía limitada. En otros casos, es posible que usted no cuente con la información necesaria para dar el siguiente paso.

Ayuda de MI Options

Puede llamar a MI Options. Los asesores de MI Options pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer para abordar su problema. MI Options no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. MI Options tiene asesores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de MI Options es 800.803.7174.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, comuníquese con Medicare. Estas son dos maneras en las que puede obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).).

Ayuda e información de Michigan Medicaid

También puede llamar a la Línea de ayuda para beneficiarios de Michigan Medicaid al 1-800-642-3195, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes (excepto los días festivos) o enviar un correo electrónico a beneficiarysupport@michigan.gov. Puede encontrar el sitio web de Apoyo al Beneficiario en www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid/portalhome/beneficiaries/supportht..

C. Información sobre los reclamos y apelaciones de Medicare y de Michigan Medicaid en nuestro plan

Usted cuenta con Medicare y Michigan Medicaid. La información contenida en este capítulo corresponde a **todos** sus beneficios de Medicare y de Michigan Medicaid. En ocasiones, esto se denomina "proceso integrado" porque combina o integra los procesos de Medicare y Michigan Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y Michigan Medicaid no se pueden combinar. En esas situaciones, debe usar un proceso para un beneficio de Medicare y otro para un beneficio de Michigan Medicaid. **En la sección G4** se explican estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que son aplicables para su situación. La siguiente tabla lo ayudará a encontrar la sección correcta en este capítulo para problemas y reclamos.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con los beneficios o la cobertura? Esto incluye problemas acerca de si cierta atención médica (artículos médicos, servicios, apoyos y servicios a largo plazo y/o medicamentos de la Parte B) están cubiertos o no, la manera en que se cubren, así como los problemas relacionados con el pago por la atención médica.	
Sí Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte **la Sección F,** "Decisiones de cobertura y apelaciones".	**No.** Mi problema no está relacionado con los beneficios ni la cobertura. Consulte **la Sección L**, "Cómo presentar un reclamo".

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación sirve para resolver problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como **atención médica.**

NOTA: Los servicios de salud conductual especializados de Medicaid están cubiertos por el Plan de Salud Prepagado para Pacientes Hospitalizados (PIHP, por sus siglas en inglés). Esto incluye servicios y apoyos de salud mental, discapacidad intelectual/del desarrollo y trastornos por consumo de sustancias. Si el PIHP toma una decisión de cobertura y usted no está de acuerdo con ella, debe apelar ante el PIHP. La información sobre el PIHP en su área se encuentra en el **capítulo 4** de este *Manual para el afiliado*.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es aquella que tomamos con respecto a los beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por los servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si el proveedor de la red del plan lo deriva a un especialista médico fuera de la red, esta derivación se considerará una decisión favorable, a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para dicho especialista médico o que el servicio derivado nunca esté cubierto bajo ninguna situación (consulte la **sección E** del **capítulo 4** de este *Manual para el afiliado).*

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura. Asimismo, pueden no estar seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a proporcionarle la atención médica que usted cree que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para su caso.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué servicios tienen cobertura y cuánto debemos pagar en su caso. A veces, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o, en su caso, dejará de estar cubierto por Medicare o Michigan Medicaid. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esta decisión, usted puede "apelar" la decisión. La apelación es una manera formal de solicitar que revisemos y rectifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando usted apela a una decisión por primera vez se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisaremos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas de manera adecuada. Evaluadores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable analizarán su apelación.

Tras completar la revisión, le haremos saber nuestra decisión. En determinadas circunstancias, las cuales explicaremos más adelante en este capítulo, puede solicitar una “decisión de cobertura acelerada” o "apelación acelerada" de una decisión de cobertura.

Si **rechazamos** todo o parte de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de atención médica de Medicare, en la carta se le indicará que enviamos su caso a la Organización Revisora Independiente (IRO) para una apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid o de la Parte D de Medicare, en la carta se le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **sección G4** para obtener más información acerca de las apelaciones de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo cubierto por Medicare y Medicaid, en la carta se le proporcionará información sobre ambos tipos de apelaciones de Nivel 2.

En caso de que no esté satisfecho con la decisión sobre la apelación de Nivel 2, puede continuar con los niveles adicionales de apelaciones.

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones.

Puede pedir ayuda a cualquiera de las siguientes personas u organizaciones:

- Llame a su **administrador de atención** al 833.939.0983.
- **Llame a Atención al Cliente** a los números que figuran en la parte inferior de esta página.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) al 800.803.7174 o visite MDHHS- MIOPTIONS@Michigan.gov..
- Llame a **MI CHHO** para obtener ayuda gratuita. MI CHHO puede ayudarlo si tiene preguntas o problemas con el programa MICH o con nuestro plan. MI CHHO es un programa independiente y no está relacionado con este plan. El número de teléfono es 1-888-746-6456.
- **Llame a su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o apelar en su nombre.
- **Acuda a un amigo o familiar**. Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **Acuda a un abogado**. Tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener uno** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- Comuníquese con su propio abogado u obtenga el nombre de uno en el colegio de abogados local, o en algún otro servicio de referencia de abogados. Algunos grupos legales le proporcionarán servicios legales gratuitos si cumple con los requisitos.
- **Comuníquese con el Programa de Defensor del Pueblo para Atención a Largo Plazo de Míchigan (MLTCOP, por sus siglas en inglés).** El MLTCOP se esfuerza por mejorar la calidad de la atención y la calidad de vida que experimentan los residentes que viven en asilos de ancianos, hogares de ancianos y hogares de acogida para adultos. El MLTCOP incluye tanto al defensor del pueblo del estado como al personal y a una red de defensores del pueblo locales a los que el Programa de Defensor del Pueblo del Estado capacita, designa y supervisa. Para ponerse en contacto con un defensor del pueblo local en su área, llame al 866-485-9393 o envíenos un correo electrónico a mltcop.org/contact**.**.

Si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante, complete el formulario de nombramiento de un representante. Este formulario autoriza a alguien a actuar en su nombre.

Llame a Atención al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página y solicite el formulario "Nombramiento de un representante". El formulario también está disponible en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web *priorityhealth.com/dual26.* **Deberá proporcionarnos una copia del formulario firmado.**

E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarlo?

Existen cuatro situaciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Cada situación tiene distintas reglas y plazos. Damos detalles para cada una de ellas en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección correspondiente:

- **Sección F**, "Atención médica"
- **Sección G**, "Medicamentos de la Parte D de Medicare"
- **Sección H**, "Cómo solicitarnos cobertura para una hospitalización más prolongada"
- **Sección I**, "Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos" (Esta sección solo aplica a estos servicios: servicios de atención médica domiciliaria, atención médica en un centro de enfermería especializada y en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Atención al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página. Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame a MI CHHO al 888.746.6456.

F. Atención médica

En esta sección se le explica qué puede hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Encontrará información sobre los beneficios para la atención médica que se describen en el **capítulo 4** de este *Manual para el afiliado*, en la tabla de beneficios. A veces, se pueden aplicar reglas diferentes a un medicamento de la Parte B de Medicare. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes a las de los artículos y servicios médicos.

F1. Uso de esta sección

En esta sección se le indica qué puede hacer si se encuentra en alguna de estas cinco situaciones:

1. Considera que cubrimos la atención médica que necesita, pero que no recibe.

Esto es lo que puede hacer: solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para su caso. Consulte la **sección F2.**

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Esto es lo que puede hacer: apelar nuestra decisión. Consulte la **sección F3.**

3. Recibió atención médica que cree que cubrimos, pero que no pagaremos.

Esto es lo que puede hacer: apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **sección F5.**

4. Recibió atención médica, y pagó por ella, que pensó que cubríamos y desea que le hagamos un reembolso.

Esto es lo que puede hacer: solicitarnos un reembolso. Consulte la **sección F5.**.

5. Hemos reducido o suspendido su cobertura de cierta atención médica, y usted considera que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Esto es lo que puede hacer: apelar nuestra decisión de reducir o suspender la atención médica. Consulte la **sección F4.**.

- Si la cobertura es para servicios de atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un CORF, se aplican reglas especiales. Consulte la **sección I** o la **sección J** para obtener más información.

- Para todas las demás situaciones que involucren la reducción o la suspensión de la cobertura para cierta atención médica, use esta sección (**sección F**) como guía.

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

> Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica se le denomina **determinación de organización integrada.**

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura de la siguiente manera:

- Por teléfono: 833.989.0983 (TTY: 711).
- Por fax: 888.647.6152.
- Por correo: Priority Health
  Health Management Department
  1231 East Beltline Ave. NE
  MS 1255
  Grand Rapids, MI 49525

Decisión de cobertura estándar

Cuando le informemos nuestra decisión, usaremos los plazos “estándar”, a menos que hayamos acordado usar los plazos “acelerados”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta aproximadamente:

- **7 días calendario** después de que recibamos su solicitud **para un servicio o artículo médico que está sujeto a nuestras reglas de autorización previa.**
- **14 días calendario** después de que recibamos su solicitud **para todos los demás servicios o artículos médicos.**
- **72 horas** después de que recibamos su solicitud **para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Sin embargo, para la solicitud de un producto o servicio médico podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales en caso de que usted solicite más tiempo, o si necesitamos información, como expedientes médicos de los proveedores fuera de la red, que pueda beneficiarle. Si decidimos usar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos días adicionales si la solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si cree que **no** debemos tomarnos días adicionales, puede presentar un "reclamo acelerado" con respecto a nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Al presentarlo, le responderemos dicho reclamo dentro de 24 horas. El proceso para presentar un reclamo es

diferente al de las decisiones de cobertura y las apelaciones. Para obtener más información acerca de cómo presentar un reclamo, incluido un reclamo acelerado, consulte la **sección K**.

Decisión de cobertura acelerada

> El término legal para la decisión de cobertura acelerada es **determinación expedita**.

Si nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos que tomemos una "decisión de cobertura acelerada". Una decisión de cobertura acelerada significa que le responderemos aproximadamente:

- **72 horas** después de que recibamos su solicitud de un servicio o artículo médico.
- **24 horas** después de que recibamos su solicitud para un medicamento de la Parte B de Medicare.

Sin embargo, para un producto o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales si consideramos que falta información que pueda beneficiarle, como expedientes médicos de los proveedores fuera de la red, o si usted necesita tiempo para obtener información para la revisión. Si decidimos usar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos tiempo adicional si la solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si cree que **no** debemos tomarnos días adicionales para tomar una decisión de cobertura, puede presentar un "reclamo acelerado" con respecto a nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Para obtener más información acerca de cómo presentar un reclamo, incluido un reclamo acelerado, consulte la **sección K**. Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para recibir una decisión de cobertura acelerada, deberá cumplir con dos requisitos:

- Estar solicitando cobertura por artículos y/o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura acelerada con respecto al pago de artículos o servicios que ya recibió.
- Usar los plazos estándar **podría causar un daño grave a su salud** o afectar su capacidad de funcionamiento.

Le daremos automáticamente una decisión de cobertura acelerada si el médico nos explica que su estado de salud lo requiere. Si la solicita sin el aval de su médico, decidiremos si obtiene una decisión de cobertura acelerada.

- Si concluimos que su estado de salud no reúne los requisitos para una decisión de cobertura acelerada, se lo informaremos en una carta y usaremos los plazos estándar en su lugar. En la carta le informaremos lo siguiente:
    - Si el médico solicita la decisión de cobertura acelerada, se la otorgaremos automáticamente.
    - De igual manera, se le indicará cómo presentar un "reclamo acelerado" con respecto a nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura acelerada. Para obtener más información acerca de cómo presentar un reclamo, incluido un reclamo acelerado, consulte la **sección K**.

Si rechazamos toda o parte de la solicitud, le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos.

- Si **rechazamos** su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación. Una apelación es un procedimiento formal mediante el que nos solicita revisar y cambiar nuestra decisión si considera que hubo un error.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **sección F3**).).

En circunstancias limitadas, podemos desestimar la solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Por ejemplo, podemos desestimar una solicitud en estas situaciones:

- Si la solicitud está incompleta;
- Si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo; **o**
- Si solicita que se retire su solicitud.

Si desestimamos la solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que le explicaremos los motivos y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante, deben contactarnos.

- Por teléfono al 833.939.0983.

- Por correo a:
  PH Appeals Analyst
  1231 East Beltline NE
  MS1150
  Grand Rapids, MI 49525
- Fax: 616.975.8827
- Por correo electrónico: MedicareCS@priorityhealth.com

Solicite una apelación estándar o una apelación acelerada por escrito o por teléfono llamándonos al 833.939.0983.

- Si su médico u otra persona que emita recetas solicita continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante la apelación, es posible que deba nombrarlos como sus representantes para que actúen en su nombre.

- Si alguien, que no es su médico, presenta la apelación por usted, esta deberá incluir el formulario de nombramiento de un representante mediante el cual autoriza a dicha persona a actuar en su nombre. Puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS- Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web *Priorityhealth.com/dual26.*

- Aunque podemos aceptar la solicitud de apelación sin el formulario, no podremos iniciar o completar nuestra revisión hasta haberlo recibido. Si no recibimos el formulario antes de que se cumpla el plazo para tomar una decisión sobre su apelación:

  - Desestimaremos su solicitud; y

  - Le enviaremos un aviso por escrito en el que le explicaremos su derecho a solicitar a la IRO que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- Debe solicitar una apelación en un plazo de 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.

- Si dejó pasar este plazo debido a una razón válida, le otorgaremos tiempo adicional para presentar la apelación. Razones válidas son, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o le dimos la información errónea sobre el plazo. Explique la razón del retraso en su apelación al momento de presentarla.

- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información acerca de su apelación. Usted y su médico pueden agregar información adicional para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación acelerada.

> El término legal para "apelación acelerada" es **"reconsideración expedita".**

- Si apela una decisión que tomamos acerca de la cobertura de atención médica, usted y/o su médico decidirán si una apelación acelerada es necesaria.

Le daremos automáticamente una apelación acelerada si el médico nos explica que su estado de salud lo requiere. Si la solicita sin el aval de su médico, decidiremos si obtiene una apelación acelerada.

- Si concluimos que su estado de salud no reúne los requisitos para una apelación acelerada, se lo informaremos en una carta y usaremos los plazos estándar en su lugar. En la carta le informaremos lo siguiente:
  - Si el médico solicita la apelación acelerada, se la otorgaremos automáticamente.
  - De igual manera, se le indicará cómo presentar un "reclamo acelerado" con respecto a nuestra decisión de brindarle una apelación estándar en lugar de una apelación acelerada. Para obtener más información acerca de cómo presentar un reclamo, incluido un reclamo acelerado, consulte la **sección K**..

Si le comunicamos que suspendemos o reducimos los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar recibiendo dichos servicios o artículos durante la apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de Nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o el artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigor prevista de la medida, lo que ocurra más tarde.
  - Si cumple con este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
  - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.

- Si no apela antes de estas fechas, la cobertura del servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión de la apelación.

Consideraremos la apelación y le proporcionaremos nuestra respuesta.

- Cuando revisemos la apelación, volveremos a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con la solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificaremos haber seguido todas las reglas cuando **rechazamos** dicha solicitud.
- De ser necesario, reuniremos información adicional, para ello; es posible que nos comuniquemos con usted o con el médico para obtener dicha información.

Existen plazos para presentar una apelación acelerada.

- En el caso de apelaciones aceleradas, debemos proporcionarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la apelación**. Si su estado de salud lo requiere, le informaremos nuestra decisión con mayor prontitud.
- En caso de que solicite más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos **tardar hasta 14 días calendario adicionales** si la solicitud es para un artículo o servicio médico..**.**
  - Si decidimos usar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
  - No podemos tomarnos tiempo adicional para emitir una decisión si la solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.
  - Si no le proporcionamos una respuesta dentro de 72 horas o al finalizar los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. A continuación, una IRO la revisará. Más adelante en la sección G4 de este capítulo, hablaremos sobre esta organización y explicaremos cómo funciona el Nivel 2 del proceso de apelaciones. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede solicitar una audiencia imparcial de Nivel 2 ante el estado en cuanto se acabe el tiempo. En Míchigan la Oficina de Audiencias y Reglamentos Administrativos de Míchigan (MOAHR, por sus siglas en inglés) es la encargada de llevar a cabo las audiencias imparciales. **Si le damos una respuesta afirmativa a su solicitud, en su totalidad o en parte,** debemos autorizarle o proporcionarle la cobertura que aceptamos brindarle dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la apelación.

- **Si le damos una respuesta negativa a su solicitud, en su totalidad o en parte,** enviaremos su apelación a la IRO para una apelación de Nivel 2.

Existen plazos para presentar una apelación estándar.

- Si usamos los plazos estándar, deberemos proporcionarle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación por la cobertura de servicios que aún no haya recibido.
- Si la solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le responderemos **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación o antes de ese plazo si su estado de salud así lo requiere.
- En caso de que solicite más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos **tardar hasta 14 días calendario adicionales** si la solicitud es para un artículo o servicio médico.
    - Si decidimos usar días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
    - No podemos tomarnos tiempo adicional para emitir una decisión si la solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.
    - Si cree que **no** debemos tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo acelerado con respecto a nuestra decisión. Al presentarlo, le responderemos dicho reclamo dentro de 24 horas. Para obtener más información acerca de cómo presentar reclamos, incluidos los reclamos acelerados, consulte la **sección K.**
    - Si no le proporcionamos una respuesta antes del plazo, o al finalizar el período extendido, enviaremos la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. A continuación, una IRO la revisará. Más adelante en la sección G4 de este capítulo, hablaremos sobre esta organización y explicaremos cómo funciona el Nivel 2 del proceso de apelaciones. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede solicitar una audiencia imparcial de Nivel 2 ante el estado en cuanto se acabe el tiempo. En Míchigan la Oficina de Audiencias y Reglamentos Administrativos de Míchigan (MOAHR) *es la encargada de llevar a cabo las audiencias imparciales.*

Si le damos una respuesta afirmativa a su solicitud, en su totalidad o en parte, debemos autorizarle o proporcionarle la cobertura que aceptamos brindarle en un plazo de 30 días calendario, o **en un plazo de 7 días calendario** si la solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si le damos una respuesta **negativa** a su solicitud, en su totalidad o en parte, **usted tiene otros derechos de apelación:**

- Si le damos una respuesta **negativa** a todo o parte de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le indicará que enviamos su caso a la IRO para una apelación de Nivel 2.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Michigan Medicaid, en la carta se le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si le damos una respuesta **negativa** a su apelación de Nivel 1, en su totalidad o en parte, le enviaremos una carta. En ella se le informará si Medicare, Michigan Medicaid o ambos programas generalmente cubren el servicio o artículo.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre, automáticamente enviaremos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicaid generalmente cubre, puede presentar una apelación de Nivel 2. En la carta le informaremos cómo hacerlo. También encontrará más información más adelante en este capítulo y sección.
- Si el problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicare **y Michigan Medicaid** pueden cubrir, automáticamente accederá a una apelación de Nivel 2 ante la IRO. También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

Si usted calificó para la continuidad de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios correspondientes al servicio, artículo o medicamento sujetos a apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **sección F3** para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio que, por lo general, solo está cubierto por Medicare, los beneficios correspondientes a ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 ante la IRO.
- Si el problema está relacionado con un servicio que, por lo general, solo cubre Michigan Medicaid, los beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 en un plazo de 10 días calendario posteriores a la recepción de nuestra carta de decisión.

Cuando su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicare suele cubrir

La IRO revisará su apelación. Se trata de una organización independiente contratada por Medicare.

> El nombre formal de la organización revisora independiente (IRO) es **Entidad Revisora Independiente, a veces denominada IRE.**

- Esta organización no está relacionada con nosotros y tampoco es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la compañía que actúa como IRO y supervisa su trabajo.
- Nosotros enviamos información sobre su apelación (su "expediente del caso") a esta organización. Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de su expediente del caso.
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional a la IRO para respaldar la apelación.
- Los evaluadores de la IRO analizan detenidamente toda la información relacionada con la apelación.

Si tuvo una apelación acelerada en el Nivel 1, también la tendrá en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación acelerada en el Nivel 1, automáticamente tendrá una apelación acelerada en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de **72 horas** de haber recibido su apelación.
- Si la solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita reunir información adicional que podría beneficiarle, **esta puede tardar hasta 14 días calendario más**. La IRO no puede tomarse tiempo adicional para emitir una decisión si la solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también la tendrá en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, automáticamente tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si la solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO deberá otorgarle una respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir de la fecha de recepción de dicha apelación.
- Si la solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO deberá otorgarle una respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la fecha de recepción de dicha apelación.
- Si la solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita reunir información adicional que podría beneficiarle, **esta puede tardar hasta 14 días calendario más**. La IRO toma tiempo adicional para emitir una decisión si la solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

La IRO le dará su respuesta por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la IRO responde afirmativamente a una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos:
  - autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas; o**
  - proporcionar el servicio en un plazo de **14 días calendario** a partir de la recepción de la decisión de la IRO para **solicitudes estándar; o**
  - proporcionar el servicio **dentro de 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**..
- **Si la IRO da una respuesta afirmativa a una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar dicho medicamento en disputa:**
  - **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO para **solicitudes estándar; o**
  - **dentro de las 24 horas** siguientes a la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes expeditas.**
  - **Si la IRO da una respuesta negativa a una parte o la totalidad de su apelación,** significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud, o parte de ella, de cobertura para atención médica. Esto se denomina "ratificar la decisión" o "rechazar la apelación".

- Si su caso reúne los requisitos, usted elige si desea continuar con la apelación.
- Existen otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2; en total son cinco niveles.
- Si la apelación de Nivel 2 ha sido rechazada y usted reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, deberá decidir si desea continuar con el Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se incluyen en el aviso por escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) o un abogado litigante está a cargo de la apelación de Nivel 3. Consulte la **sección J** para obtener más información acerca de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicaid suele cubrir o que está cubierto tanto por Medicare como por Michigan Medicaid

Una apelación de Nivel 2 por los servicios que por lo general Michigan Medicaid cubre es una audiencia imparcial ante el estado. En Michigan Medicaid, una audiencia imparcial se refiere a la Oficina de Audiencias y Reglamentos Administrativos de Míchigan (MOAHR). Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días calendario** a partir de la fecha en que le enviamos la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1. En la carta se le indicará dónde debe presentar su solicitud para una audiencia imparcial.

Complete el formulario **MDHHS-5617** y envíelo directamente a:

Michigan Office of Administrative Hearings and Rules
Michigan Department of Health and Human Services
P.O. Box 30763
Lansing, MI 48909
Teléfono: 800-648-3397 (TTY: 711)
Fax: 517-763-0146
Correo electrónico: LARA-MOAHR-DCH@michigan.gov

Usted, su padre o madre, o su tutor legal deben firmar el consentimiento para divulgar información médica a la MOAHR (que se incluye como parte del formulario de audiencia imparcial ante el estado).

Después de solicitar una audiencia, la MOAHR le enviará un Aviso de audiencia. En este aviso se le indicará la fecha, la hora y la modalidad, ya sea por teléfono o por video.

Un juez de derecho administrativo (ALJ) de la MOAHR conducirá la audiencia. Si desea asistir en persona, debe enviar una carta o fax a la MOAHR explicando los motivos. El ALJ decidirá si el motivo es válido y quién debe asistir en persona o por teléfono, así como dónde se llevará a cabo la audiencia.

Recibirá una decisión y una orden por escrito por correo postal en un plazo de 90 días. Si cancela su solicitud o no se presenta, es posible que reciba una orden de desestimación en su lugar.

Si el ALJ cambia la decisión de Priority Health, deben respetar la nueva decisión dentro de 72 horas o solicitar a un tribunal que la revise.

Acceso a la información

Usted, su representante autorizado o su médico registrado pueden solicitar y recibir, sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros y demás información relevante, así como copias de estos, para la determinación de su apelación.

La oficina de audiencias imparciales le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- Si la oficina de audiencias imparciales da una respuesta **afirmativa** a una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**,** deberemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de 72 horas** a partir de la recepción de la decisión.

- Si la oficina de audiencias imparciales da una respuesta **negativa** a una parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud, o parte de ella, de cobertura para atención médica. Esto se denomina "ratificar la decisión" o "rechazar la apelación".

Si la decisión de la IRO o de la oficina de audiencias imparciales es **negativa** para la totalidad o una parte de su solicitud, usted tiene otros derechos de apelación.

Si su apelación de Nivel 2 se envió a la **IRO,** usted puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted desea cumple con un monto mínimo. Un ALJ o un abogado litigante está a cargo de las apelaciones de Nivel 3. **En la carta que usted recibe de la IRO se le explican los derechos adicionales de apelación que usted puede tener.**

En la carta que usted recibe de la oficina de audiencias imparciales se describe la siguiente opción de apelación. Consulte la **sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. Problemas de pago

No permitimos que nuestros proveedores de la red le facturen por los servicios y artículos cubiertos. Esto es así, incluso si le pagáramos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo. Nunca se le exige a usted pagar el saldo de una factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenosla. No pague la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan siempre que haya seguido las reglas para obtener servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **capítulo 7** de este *Manual para el afiliado*. En él se describen situaciones en las que podría necesitar pedirnos que le hagamos un reembolso o paguemos una factura que recibió de un proveedor. Asimismo, se le indica cómo hacernos llegar los documentos para solicitarnos un pago.

Si solicita un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Verificaremos que el servicio o el artículo que pagó esté cubierto y que haya seguido todas las reglas para el uso de la cobertura.

- Si el servicio o el artículo que pagó está cubierto y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago del servicio o artículo normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud.
- En caso de que aún no haya pagado por el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando le enviemos el pago, será lo mismo que responder de forma **afirmativa** a la solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no están cubiertos o no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta donde se le informará que no pagaremos el servicio o artículo, y los motivos correspondientes.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar el pago, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la **sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le hagamos un reembolso, debemos otorgarle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de la apelación.

Si nuestra respuesta a la apelación es **negativa**, y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos el caso a la IRO. Si esto sucede, le enviaremos una carta.

- Si la IRO revierte nuestra decisión y determina que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a la apelación es **afirmativa** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, deberemos enviarle el pago requerido a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRO rechaza su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se denomina "ratificar la decisión" o "rechazar la apelación". Recibirá una carta donde se le explicarán otros derechos de apelación que puede tener. Consulte la sección J para obtener más información acerca de los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a la apelación es **negativa**, y Michigan Medicaid cubre, por lo general, el servicio o artículo, usted puede presentar una apelación de Nivel 2. Consulte la **sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como afiliado al plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos. La mayoría son medicamentos de la Parte D de Medicare. Existen algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre y que Michigan Medicaid podría cubrir. **Esta sección corresponde únicamente a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** En el resto de esta sección, utilizaremos el término "medicamento" para referirnos a los "medicamento de la Parte D de Medicare". Para los medicamentos cubiertos solo por Medicaid, siga el proceso descrito en la **sección E.**

Para estar cubierto, el medicamento debe usarse bajo indicación médica. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas. Consulte el **capítulo 5** de este *Manual para el afiliado* para obtener más información sobre un medicamento bajo indicación médica.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare

Estos son algunos ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos respecto a los medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Cuando usted nos pide que hagamos una excepción, que incluye:

  - cubrir un medicamento de la Parte D de Medicare que no esté en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan; o
  - dejar de lado una restricción de la cobertura para un medicamento, por ejemplo, los límites en la cantidad que puede obtener.

- Cuando usted nos consulta si un medicamento está cubierto en su caso, por ejemplo, cuando el medicamento se encuentra en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo.

NOTA: Si la farmacia le indica que su receta no se puede surtir como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito explicándole cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

> La decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina **"determinación de cobertura".**

- Cuando nos solicita que paguemos un medicamento que ya compró. Esta es una solicitud para una decisión de cobertura acerca del pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. En esta sección le informaremos cómo solicitar las decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice la tabla a continuación como guía.

¿Cuál de estas situaciones es la suya?			
Necesita un medicamento que no está incluido en nuestra *Lista de medicamentos* o necesita que omitamos una regla o restricción de un medicamento que cubrimos.	Desea que cubramos un medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* y considera que cumple con las reglas o restricciones del plan, como obtener la aprobación por adelantado, para obtenerlo.	Desea solicitarnos que le hagamos un reembolso por un medicamento que ya recibió y pagó.	Le dijimos que no cubriremos o pagaremos por un medicamento de la manera que usted desea.

¿Cuál de estas situaciones es la suya?

Puede solicitarnos que hagamos una excepción, lo que se considera un tipo de decisión de cobertura. Comience con la **sección G2** y, a continuación, consulte las **secciones G3 y G4**.	**Puede solicitarnos una decisión de cobertura.** Consulte la **sección G4**.	**Puede solicitarnos el reembolso,** lo que se considera un tipo de decisión de cobertura. Consulte la **sección G4**.	**Puede presentar una apelación,** lo que significa que nos está solicitando que lo reconsideremos. Consulte la **sección G5**.

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento como usted lo desea, puede solicitarnos que hagamos una "excepción". Si rechazamos la solicitud de una excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Si solicita una excepción, el médico u otro profesional que emita la receta deberá explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

> Solicitar la cobertura de un medicamento que no figura en nuestra *Lista de medicamentos* o que se elimine una restricción de la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **excepción al formulario.**
>
> Solicitar un pago menor por un medicamento no preferido cubierto en ocasiones se denomina solicitar **una excepción de niveles.**

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, el médico u otro profesional que emita recetas pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está incluido en nuestra *Lista de medicamentos*, usted debe pagar el copago que se aplica a los medicamentos del Nivel 4.

- No puede obtener una excepción al monto del copago requerido por el medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*. Consulte el **capítulo 5** de este *Manual para el afiliado* para obtener más información.
- Las reglas adicionales y restricciones sobre la cobertura de algunos medicamentos incluyen:
    - Verse obligado a usar la versión genérica de un medicamento, en lugar del medicamento de marca.
    - Obtener una aprobación anticipada del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento en su caso. En ocasiones, esto se denomina "autorización previa (PA)".
    - Verse obligado a primero probar un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto a veces se llama "tratamiento escalonado".
    - Límites de cantidad. En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en cuanto a la cantidad que puede obtener.
- Si aceptamos hacer una excepción y omitimos una restricción en su caso, podrá solicitar una excepción del monto del copago que debe pagar.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de distribución de costos más bajo.** Cada medicamento incluido en nuestra *Lista de medicamentos* se encuentra en uno de los cinco niveles de distribución de costos. Por lo general, entre más bajo sea el número del nivel de distribución de costos, menor será el monto del copago requerido.
    - Por lo general, nuestra *Lista de medicamentos* incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estos medicamentos se denominan medicamentos "alternativos".
    - Si un medicamento alternativo para su afección médica se encuentra en un nivel de distribución de costos más bajo que el medicamento que toma, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de la distribución de costos para el medicamento alternativo. Esto reducirá el monto del copago por el medicamento.

- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de distribución de costos del nivel más bajo de productos biológicos alternativos para tratar su afección.

- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de distribución de costos del nivel más bajo de medicamentos alternativos de marca para tratar su afección.

- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de distribución de costos del nivel más bajo de medicamentos alternativos de marca o genéricos para tratar la afección.

- No podrá solicitarnos que cambiemos el nivel de la distribución de costos para ningún medicamento que se encuentre en el Nivel 5: medicamentos de especialidad.

- Si aprobamos la solicitud de excepción de niveles y hay más de un nivel de distribución de costos más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general, usted pagará el monto más bajo.

G3. Aspectos importantes que debe conocer para solicitar una excepción

El médico, u otro profesional que emita recetas, debe informarnos las razones médicas.

El médico, u otro profesional que emita recetas, deberá enviarnos un informe explicando las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, adjunte la información clínica proporcionada por el médico, u otro profesional que emita recetas, al momento de solicitar la excepción.

Por lo general, nuestra *Lista de medicamentos* incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estos medicamentos se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el medicamento que solicita y no ocasiona mayores efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general, **no** aprobamos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de niveles, por lo general, **no** la aprobaremos, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos en el nivel de distribución de costos más bajo tenga la misma eficacia en su caso o que dichas alternativas ocasionen reacciones adversas o algún otro daño.

Podemos aprobar o rechazar la solicitud.

- Si le damos una respuesta **afirmativa** a la solicitud de excepción, la excepción por lo general durará hasta el final del año calendario. Esto seguirá siendo así

mientras el médico continúe recetándole el medicamento y dicho medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.

- Si le damos una respuesta **negativa** a la solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación en caso de que nuestra respuesta haya sido **negativa**.

La siguiente sección le explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Para ello, llame al 833.939.0983, escríbanos o envíenos un fax. Esto puede hacerlo usted, su representante, el médico u otro profesional que emita recetas. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Usted, el médico (u otro profesional que emite recetas) o alguna otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura; un abogado también puede actuar en su nombre.
- Consulte la **sección E3** para saber cómo nombrar a alguien como su representante.
- No es necesario que otorgue permiso por escrito a su médico u otro profesional que emita recetas para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos que le reembolsemos un medicamento, consulte el **capítulo 7** de este *Manual para el afiliado.*.
- Si solicita una excepción, proporciónenos un "informe de respaldo". El informe de respaldo incluye las razones médicas de su médico u otro profesional que emite recetas para la solicitud de excepción.
- Su médico u otro profesional que emite recetas pueden enviarnos el informe de respaldo por correo o por fax. También pueden informarnos por teléfono y luego enviar el informe por fax o por correo.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura acelerada”.

Usamos los "plazos estándar" a menos que acordemos usar los "plazos acelerados".

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le responderemos dentro de las 72 horas posteriores a la recepción del informe del médico.

- En cambio, una **decisión de cobertura acelerada** significa que le responderemos dentro de las 24 horas posteriores a la recepción del informe del médico.

> La "decisión de cobertura acelerada" se denomina **"determinación de cobertura expedita".**

Puede obtener una decisión de cobertura acelerada en los siguientes casos:

- Si se trata de un medicamento que no aún no recibió. No podrá solicitar una decisión de cobertura acelerada si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Su salud o capacidad de funcionamiento se verían seriamente perjudicadas si usamos los plazos estándar.

Si el médico u otro profesional que emite recetas nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura acelerada, aceptaremos dársela. Le enviaremos una carta para informarle la decisión.

- Si solicita una decisión de cobertura acelerada sin contar con el respaldo de su médico u otro profesional que emita recetas, decidiremos si tiene derecho a dicha solicitud.
- Si determinamos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura acelerada, usamos en su lugar los plazos estándar.
- Le enviaremos una carta para informarle la decisión. En ella también se le indicará cómo presentar un reclamo acerca de nuestra decisión.
- Puede presentar un reclamo acelerado y recibir una respuesta dentro de las 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar reclamos, incluidos los reclamos acelerados, consulte la **sección K.**

Plazos para las decisiones de cobertura aceleradas

- Si usamos los plazos acelerados, debemos otorgarle nuestra respuesta dentro de las 24 horas. En caso de que solicite una excepción, le responderemos dentro de 24 horas posteriores a la recepción del informe de respaldo del médico. Si su estado de salud lo requiere, le informaremos nuestra decisión con mayor prontitud.

- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO la revise. Consulte la **sección G6** para obtener más información acerca de las apelaciones de Nivel 2.
- Si le damos una respuesta **afirmativa** a su solicitud en su totalidad o en parte, le otorgaremos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud o del informe de respaldo del médico.
- Si le damos una respuesta **negativa** a su solicitud en su totalidad o en parte, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le informa cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Si usamos los plazos estándar, deberemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de las 72 horas. Si solicita una excepción, le proporcionaremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción del informe de respaldo del médico. Si su estado de salud lo requiere, le informaremos nuestra decisión con mayor prontitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO la revise.
- Si le damos una respuesta **afirmativa** a su solicitud en su totalidad o en parte, le otorgaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud o del informe de respaldo del médico para la excepción.
- Si le damos una respuesta **negativa** a su solicitud en su totalidad o en parte, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le informa cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto al pago de un medicamento que ya compró

- Debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una IRO la revise.
- Si le damos una respuesta **afirmativa** a su solicitud en su totalidad o en parte, le haremos un reembolso en un plazo de 14 días calendario.

- **Si** le damos una respuesta **negativa** a su solicitud en su totalidad o en parte, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le informa cómo puede presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

> Una apelación a nuestra decisión de cobertura para un medicamento de la Parte D de Medicare se denomina una **"determinación" del plan.**

- Comience su **apelación estándar** o **acelerada.** Para ello, llámenos al 833.939.0983, escríbanos o envíenos un fax. Esto puede hacerlo usted, su representante, el médico u otro profesional que emita recetas. Incluya su nombre, información de contacto e información relacionada con su apelación.
- Debe solicitar una apelación en un **plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si dejó pasar este plazo debido a una razón válida, le otorgaremos tiempo adicional para presentar la apelación. Razones válidas son, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o le dimos la información errónea sobre el plazo. Explique la razón del retraso en su apelación al momento de presentarla.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información acerca de su apelación. Usted y su médico pueden agregar información adicional para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación acelerada.

> Una apelación acelerada también se denomina **"nueva determinación expedita".**

- Si apela una decisión que tomamos acerca de un medicamento que aún no recibió, usted junto con el médico, u otro profesional que emita recetas, decidirán si necesita una apelación acelerada.
- Los requisitos para una apelación acelerada son los mismos que para una decisión de cobertura acelerada. Consulte la **sección G4** para obtener más información.

Consideraremos la apelación y le proporcionaremos nuestra respuesta.

- Revisaremos la apelación y volveremos a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con la solicitud de cobertura.
- Verificaremos haber seguido todas las reglas cuando **rechazamos** dicha solicitud.
- Podemos contactarle a usted o al médico, u otro profesional que emita recetas, para obtener información adicional.

Plazos para una apelación acelerada de Nivel 1

- Si usamos los plazos acelerados, debemos otorgarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la apelación.
    - Si su estado de salud lo requiere, le informaremos nuestra decisión con mayor prontitud.
    - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. A continuación, una IRO la revisará. Consulte la **sección G6** para obtener información acerca de la organización revisora y el proceso de apelaciones para el Nivel 2.
- Si le damos una respuesta **afirmativa** a su solicitud, en su totalidad o en parte, debemos proporcionarle la cobertura que aceptamos brindarle dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la apelación.
- Si le damos una respuesta **negativa** a su solicitud, en su totalidad o en parte, le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos y le indicaremos cómo presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, deberemos proporcionarle nuestra respuesta en un **plazo de 7 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación por un medicamento que aún no recibió.
- Si no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere, le otorgamos nuestra decisión con mayor prontitud. Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación acelerada.
    - Si no le proporcionamos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. A continuación, una IRO la revisará. Consulte la **sección G6** para obtener información acerca de la organización revisora y el proceso de apelaciones para el Nivel 2.

Si le damos una respuesta **afirmativa** a la solicitud, en su totalidad o en parte:

- Debemos **proporcionarle la cobertura** que hemos aceptado brindarle tan pronto como su salud lo requiera, **a más tardar 7 días calendario** después de la recepción de la apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **en un plazo de 30 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación.

Si le damos una respuesta **negativa** a la solicitud, en su totalidad o en parte:

- Le enviaremos una carta explicando nuestras razones y cómo puede presentar una apelación.
- Debemos proporcionarle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación.
    - Si no le proporcionamos una decisión dentro de los 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. A continuación, una IRO la revisará. Consulte la **sección G6** para obtener información acerca de la organización revisora y el proceso de apelaciones para el Nivel 2.
- Si le damos una respuesta **afirmativa** a su solicitud, en su totalidad o en parte, deberemos pagarle en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de la solicitud.
- Si le damos una respuesta **negativa** a su solicitud, en su totalidad o en parte, le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos y le indicaremos cómo presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si le damos una respuesta **negativa** a su apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, deberá utilizar el proceso de apelaciones para el Nivel 2.

La **IRO** revisa nuestra decisión cuando **rechazamos** su primera apelación. Dicha organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

> El nombre formal de la “organización revisora independiente” (IRO) es **“entidad revisora independiente”,** a veces denominada “IRE”.

Para presentar una apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otro profesional que emita recetas deben comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si le damos una respuesta **negativa** a su apelación de Nivel 1, en la carta que le enviemos se incluirán las**instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la IRO. Dichas instrucciones le indicarán quién puede presentar la apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo contactar a la organización.
- Cuando presenta una apelación ante la IRO, le enviamos la información que tenemos sobre su apelación a dicha organización. Esta información se denomina "expediente del caso". **Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de su expediente del caso.**.
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional a la IRO para respaldar la apelación.

La IRO revisará su apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le dará una respuesta por escrito. Consulte la **sección F4** para obtener más información acerca de la IRO.

Plazos para una apelación acelerada de Nivel 2

Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación acelerada.

- Si aceptan una apelación acelerada, deben darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si le dan una respuesta **afirmativa** a su solicitud, en su totalidad o en parte, debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 2

Si presentó una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de la apelación por un medicamento que aún no haya recibido.
- **en un plazo de 14 días calendario** a partir de la recepción de la apelación por el reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO le da una respuesta **afirmativa** a la solicitud, en su totalidad o en parte:

- Debemos proporcionarle la cobertura para medicamentos aprobada **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle un medicamento que compró dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.
- Si la IRO le da una respuesta **negativa** a la apelación, significa está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud. Esto se denomina "ratificar la decisión" o "rechazar la apelación".

Si la IRO le da una respuesta **negativa** a la apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el monto en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un monto mínimo en dólares establecido. Si el monto en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es menor al mínimo exigido, no podrá presentar otra apelación. En ese caso, la decisión sobre la apelación de Nivel 2 será definitiva. La IRO le enviará una carta en la que se le informa el monto mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la IRO le da una respuesta **negativa** a la apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito para continuar con el proceso de apelaciones, usted puede hacer lo siguiente:
    - Decidir si desea presentar una apelación de Nivel 3.
    - Consultar la carta que le envió la IRO después de su apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado litigante está a cargo de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Cómo solicitarnos cobertura para una hospitalización más prolongada

Si se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos por nosotros que sean necesarios para diagnosticar y tratar su malestar o lesión. Para obtener más información acerca de la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **capítulo 4** de este *Manual para el afiliado.*

Durante la hospitalización cubierta, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted y lo prepararán para el día en que se le dé el alta. También le ayudarán a hacer los arreglos para la atención que usted necesitará luego de recibir el alta.

- El día en que sale del hospital se denomina "fecha de alta".
- Cuando se decida su fecha de alta, el médico o el personal del hospital se la comunicarán.

Si considera que le dan el alta del hospital antes de tiempo o le preocupa su atención después de dejar el hospital, puede solicitar una hospitalización más prolongada. En esta sección se le indica cómo hacerlo.

H1. Información sus derechos conforme a Medicare

En los dos días posteriores a su ingreso al hospital, personal hospitalario, como un profesional de enfermería o un trabajador social, le entregará un aviso por escrito llamado "Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos". Toda persona que tiene Medicare recibe una copia de este aviso al momento del ingreso hospitalario.

Si no lo recibe, solicíteselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Atención al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea este aviso** con detenimiento y haga preguntas si no lo entiende. En este se le informan sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos los siguientes:
    - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de ella. Tiene derecho a saber cuáles son dichos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
    - Participar en las decisiones sobre el tiempo de hospitalización.
    - Conocer dónde informar sus inquietudes con respecto a la calidad de la atención hospitalaria.
    - Apelar si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** como acuse de su recibo y prueba de que comprende sus derechos.
    - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.

- Su firma en el aviso **únicamente** demuestra que ha recibido la información acerca de sus derechos. Firmarlo **no** significa que usted acepta la fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan indicado.

- **Guarde una copia** firmada de este aviso para tener la información en caso de que la necesite.

Si firma el aviso en un plazo mayor a dos días antes de dejar el hospital, recibirá una copia adicional antes de que se le dé el alta.

Puede consultar una copia del aviso con anticipación de las siguientes maneras:

- Llame a Atención al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de esta página.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma- im..

H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Para solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por más tiempo, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) revisará la apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha de alta programada es adecuada para usted desde el punto de vista médico.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el gobierno federal les paga. Estos expertos revisan y ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas que cuentan con Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En Míchigan, la QIO es Commence Health. Llámelos al 1-888-524-9900 (TTY: 711). La información de contacto también se encuentra en el aviso, "Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos", así como en el **capítulo 2**..

Llame a la QIO antes de salir del hospital y en un plazo no mayor a su fecha de alta programada.

- **Si llama antes de salir del hospital**, puede permanecer allí después de la fecha de alta programada sin necesidad de pagar mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no los llama para presentar una apelación**, y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, deberá pagar todos los gastos de la atención hospitalaria que reciba luego de dicha fecha.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Atención al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de esta página.
- Llame a MI Options al 800.803.7174. **Solicite una revisión acelerada.** Actúe con prontitud y póngase en contacto con la QIO para solicitar una revisión acelerada de su alta hospitalaria.

> El término legal para la **"revisión acelerada"** es **"revisión inmediata"** o **"revisión expedita".**

Qué sucede durante una revisión acelerada

- Los evaluadores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta programada. No es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los evaluadores examinarán su información médica, hablarán con el médico y analizarán la información que el hospital y nuestro plan les han proporcionado.
- Para el mediodía del día después de que los evaluadores informen su apelación a nuestro plan, usted recibirá una carta con su fecha de alta programada. En la carta también se le darán las razones por las cuales el médico, el hospital y nosotros creemos que esa es la fecha de alta correcta y médicamente apropiada para usted.

> El término legal para esta explicación por escrito es **"Aviso detallado sobre la fecha de alta".** Puede obtener una muestra del aviso si llama a Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Al cabo de todo un día después de obtener toda la información necesaria, la QIO le dará respuesta a su apelación.

Si la QIO le da una respuesta **afirmativa** a la apelación:

- Seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados mientras sean necesarios desde el punto de vista médico.

Si la QIO le da una respuesta **negativa** a la apelación:

- Consideran que su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico.
- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará al mediodía del día siguiente en que la QIO le dé respuesta a su apelación.
- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente en que la QIO le dé respuesta a su apelación.
- Puede presentar una apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su apelación de Nivel 1 **y** usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada.

H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

En el caso de una apelación de Nivel 2, le solicita a la QIO que revise nuevamente la decisión que tomó sobre su apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-888-524-9900 (TTY: 711).

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** a partir del día en que la QIO le dio una respuesta **negativa** a la apelación de Nivel 1. Podrá solicitar esta revisión **únicamente** si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó la cobertura de atención hospitalaria.

Los evaluadores de la QIO harán lo siguiente:

- Volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán la decisión sobre la apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud para una segunda revisión.

Si la QIO le da una respuesta **afirmativa** a la apelación:

- Debemos reembolsarle los costos de la atención hospitalaria desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la QIO rechazó su apelación de Nivel 1.
- Seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados mientras sean necesarios desde el punto de vista médico.

Si la QIO le da una respuesta **negativa** a la apelación:

- Están de acuerdo con su decisión sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.

- Le entregarán una carta donde se le indicará qué puede hacer si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado litigante está a cargo de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección solo corresponde a tres tipos de servicios que puede recibir:

- servicios de atención médica domiciliaria;
- atención médica de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada; **y**
- servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por un malestar o accidente, o que se está recuperando de una cirugía mayor.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a recibir servicios cubiertos durante el tiempo que el médico indique que usted los necesita.

Cuando tomamos una decisión de dejar de cubrir cualquiera de estos servicios, debemos comunicárselo **antes** de la finalización de sus servicios. Cuando la cobertura de ese servicio termina, dejamos de pagarlo.

Si cree que es demasiado pronto para que finalicemos la cobertura, **puede presentar una apelación con respecto a nuestra decisión**. En esta sección se le indica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso anticipado antes de que finalice su cobertura

Le enviaremos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar por su atención médica. El aviso por escrito se denomina "Aviso de no cobertura de Medicare". En el aviso se le informará la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención médica y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso como acuse de recibo. Su firma en el aviso **solo** demuestra que recibió la información. Firmar **no** significa que está de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Si cree que es demasiado pronto para que finalicemos la cobertura, puede presentar una apelación con respecto a nuestra decisión. En esta sección se le informa sobre el proceso de apelaciones del Nivel 1 y qué puede hacer.

- **Cumpla con los plazos:** los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y respetar los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir con plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos, puede presentar un reclamo. Consulte la **sección K** para obtener más información acerca de los reclamos.
- **Pida ayuda si lo necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
    - Llame a su administrador de atención.
    - Llame a Atención al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de esta página.
    - Llame a MI Options al 800.803.7174.
    - Llame a **MI CHHO** para obtener ayuda gratuita. MI CHHO puede ayudarlo si tiene preguntas o problemas con el programa MICH o con nuestro plan. MI CHHO es un programa independiente y no está relacionado con este plan. Su número de teléfono es 1-888-746-6456.
    - **Comuníquese con el Programa de Defensor del Pueblo para Atención a Largo Plazo de Míchigan (MLTCOP).** El MLTCOP se esfuerza por mejorar la calidad de la atención y la calidad de vida que experimentan los residentes que viven en asilos de ancianos, hogares de ancianos y hogares de acogida para adultos. El MLTCOP incluye tanto al defensor del pueblo del estado como al personal y a una red de defensores del pueblo locales a los que el Programa de Defensor del Pueblo del Estado capacita, designa y supervisa. Para ponerse en contacto con un defensor del pueblo local en su área, llame al 866-485-9393 o envíenos un correo electrónico a mltcop.org/contact**.**.
- **Póngase en contacto con la QIO.**
    - Consulte la **sección H2** o consulte el **capítulo 2** de este *Manual para el afiliado* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
    - Pídales que revisen su apelación y decidan si cambiar la decisión de nuestro plan.

- **Actúe con rapidez y solicite una "apelación acelerada".** Consulte con la QIO si es apropiado desde el punto de vista médico que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Plazo para contactar a dicha organización

- Debe comunicarse con la QIO para comenzar con la apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor del Aviso de no cobertura de Medicare.

El término legal para el aviso por escrito es "**Aviso de no cobertura de Medicare".** Para obtener una copia de muestra, llame a Atención al Cliente o a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, obtenga una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination- Notices.

Qué sucede durante una apelación acelerada

- Los evaluadores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que la cobertura debería continuar. No es necesario que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los evaluadores examinarán su información médica, hablarán con el médico y revisarán la información que nuestro plan les haya proporcionado.
- Nuestro plan también le enviará un aviso por escrito en el que se explican las razones para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá el aviso antes de que termine el día en que los evaluadores nos informen sobre su apelación.

El término legal para el aviso explicativo es "**Explicación detallada de no cobertura".**

- Los evaluadores le informarán su decisión en el plazo de un día después de obtener toda la información necesaria.

Si la QIO le da una respuesta **afirmativa** a la apelación:

- Le proporcionaremos los servicios cubiertos mientras sean necesarios desde el punto de vista médico.

Si la QIO le da una respuesta **negativa** a la apelación:

- Su cobertura termina en la fecha que le comunicamos.

- Dejaremos de pagar los gastos de esta atención médica en la fecha establecida en el aviso.
- Usted deberá pagar el costo total de esta atención si decide continuar con los servicios de atención médica domiciliaria, atención médica en un centro de enfermería especializada o servicios en un CORF después de la fecha en que termina su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una apelación de Nivel 2.

I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

- En el caso de una apelación de Nivel 2, le solicita a la QIO que revise nuevamente la decisión que tomó sobre su apelación de Nivel 1. En Míchigan, la organización para el mejoramiento de la calidad se llama Commence Health. Puede comunicarse con Commence Health al 1-888-524-9900 (TTY: 711).

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** a partir del día en que la QIO le dio una respuesta **negativa** a la apelación de Nivel 1. Podrá solicitar esta revisión **únicamente**si continuó recibiendo atención médica después de la fecha en que finalizó la cobertura.

Los evaluadores de la QIO harán lo siguiente:

- Volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán la decisión sobre la apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud para una segunda revisión.

Si la QIO le da una respuesta **afirmativa** a la apelación:

- Le reembolsaremos los costos de la atención que recibió desde la fecha que establecimos que su cobertura terminaría.
- Le proporcionaremos cobertura para dicha atención mientras sea necesario desde el punto de vista médico.

Si la QIO le da una respuesta **negativa** a la apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de poner fin a su atención y no la cambiarán.

- Le entregarán una carta donde se le indicará qué puede hacer si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado litigante está a cargo de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **sección J** para obtener información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a otros niveles de apelación.

Si el monto en dólares del servicio o artículo de Medicare respecto del que usted apeló no cumple con un monto mínimo en dólares, ya no puede apelar. Si el monto en dólares alcanza el mínimo requerido, puede continuar con el proceso de apelaciones. En la carta que recibirá de la IRO sobre su apelación de Nivel 2 se le explicará con quién comunicarse y qué puede hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante el ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o abogado litigante le da una respuesta **afirmativa** a la apelación**,** tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con los documentos correspondientes. Existe la posibilidad de que esperemos la decisión a la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionarle el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del ALJ o abogado litigante.
    - Si el ALJ o abogado litigante le da una respuesta **negativa** a la apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión de rechazo a la apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.

- Si usted decide **no aceptar** esta decisión de rechazo a la apelación, podrá avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para pasar a una apelación de Nivel 4.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede comunicarse con MI CHHO. El número de teléfono es 1-888-746-6456.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo de Apelaciones) revisará la apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones es parte del gobierno federal.

Si el Consejo de Apelaciones le da una respuesta **afirmativa** a la apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar en el Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.

- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo de Apelaciones.

Si el Consejo de Apelaciones le da una respuesta **negativa** o rechaza nuestra solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede no haber finalizado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión de rechazo a la apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.

- Si usted decide **no aceptar** esta decisión de rechazo a la apelación, es posible que pueda avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará si puede presentar una apelación de Nivel 5 y qué debe hacer en ese caso.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Juzgado federal de distrito revisará su apelación, junto con toda la información, y tomará una decisión **afirmativa** o **negativa**. Esta es la decisión final. Ya no habrá más niveles de apelación después del Juzgado federal de distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Michigan Medicaid

Si su apelación se envió a la Oficina de Audiencias y Reglamentos Administrativos de Míchigan (MOAHR) para una audiencia imparcial, la MOAHR le enviará una carta donde le explicará su decisión. Si no está de acuerdo con la decisión final de la MOAHR, tiene

30 días calendario a partir de la fecha de la decisión para presentar una solicitud de nueva audiencia o reconsideración y/o presentar una apelación ante el Tribunal de Circuito. Llame a la MOAHR al 517-335-2482 para obtener información sobre los requisitos que debe cumplir para calificar para una nueva audiencia o reconsideración.

Si su apelación se envió al Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Míchigan (DIFS, por sus siglas en inglés) para una revisión externa, el DIFS le enviará una carta donde le explicará la decisión del director. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a apelar ante el Tribunal de Circuito del condado donde vive o ante el Tribunal de Reclamaciones de Míchigan en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de la decisión.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelaciones, puede comunicarse con el programa Defensor del Pueblo para la Comunidad, el Hogar y la Salud de Michigan (MI CHHO, por sus siglas en inglés). El número de teléfono es 1-888-746-6456.

J3. Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección podría ser de su interés si presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el monto en dólares del medicamento, por el cual apeló, cumple con un monto en dólares determinado, podrá avanzar a niveles de apelación adicionales. En la respuesta por escrito que recibirá de la apelación de Nivel 2 se le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante el ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o abogado litigante le da una respuesta **afirmativa** a la apelación:**:**

- El proceso de apelaciones ha terminado.
- Deberemos autorizar o proporcionarle la cobertura para el medicamento aprobada dentro de 72 horas (o 24 horas para apelaciones expeditas) o realizar el pago en un plazo no mayor a 30 días calendario luego de recibir la decisión.

Si el ALJ o abogado litigante le da una respuesta **negativa** a la apelación, el proceso de apelaciones puede no haber finalizado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión de rechazo a la apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión de rechazo a la apelación, podrá avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para pasar a una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones es parte del gobierno federal.

Si el Consejo de Apelaciones le da una respuesta **afirmativa** a la apelación:

- El proceso de apelaciones ha terminado.
- Deberemos autorizar o proporcionarle la cobertura para el medicamento aprobada dentro de 72 horas (o 24 horas para apelaciones expeditas) o realizar el pago en un plazo no mayor a 30 días calendario luego de recibir la decisión.

Si la respuesta del Consejo de Apelaciones es **negativa** o si este rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede no haber finalizado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión de rechazo a la apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión de rechazo a la apelación, es posible que pueda avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará si puede presentar una apelación de Nivel 5 y qué debe hacer en ese caso.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Juzgado federal de distrito revisará su apelación, junto con toda la información, y tomará una decisión **afirmativa** o **negativa**. Esta es la decisión final. Ya no habrá más niveles de apelación después del Juzgado federal de distrito.

K. Cómo presentar un reclamo

K1. ¿Qué tipo de problemas se deben resolver mediante un reclamo?

El proceso de reclamo se usa únicamente para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de reclamo.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• Se siente insatisfecho con la calidad de la atención, incluida la atención hospitalaria.
Respeto a la privacidad	• Considera que alguien incumplió su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio de atención al cliente u otros comportamientos negativos	• Un proveedor o personal de atención médica fue descortés o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal lo trató mal. • Considera que lo están excluyendo de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	• No puede acceder a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor debido a un problema físico. • Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma que habla distinto del inglés (como el lenguaje de señas estadounidense o el español). • Su proveedor no le proporciona otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.

Reclamo	Ejemplo
Tiempos de espera	• Tiene problemas para concertar una cita o tiene que esperar demasiado para obtenerla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Atención al Cliente u otro personal del plan le hacen esperar demasiado.
Limpieza	• Considera que la clínica, el hospital o el consultorio médico no están limpios.
Información proporcionada por nosotros	• Considera que no le entregamos un aviso o carta que debería haber recibido. • Considera que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Tiempos relacionados con las decisiones de cobertura o apelaciones	• Considera que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Considera que, después de recibir una decisión de cobertura o una apelación en su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o proporcionarle el servicio o reembolsarle determinados servicios médicos. • Considera que no enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Hay diferentes tipos de reclamos. Puede realizar un reclamo interno o externo. Un reclamo interno se presenta ante el plan, y este lo revisa. Un reclamo externo se presenta ante una organización no relacionada con el plan, y esta lo revisa. Si necesita ayuda para presentar un reclamo interno o externo, puede llamar a MI CHHO al 888.746.6456.

> El término legal para un "reclamo" es **"queja".**
>
> El término legal para "presentar un reclamo" es **"interponer una queja".**

K2. Reclamos internos

Para presentar un reclamo interno, llame a su administrador de atención o a Atención al Cliente al 833.939.0983. Puede presentar el reclamo en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si el reclamo es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, deberá hacerlo **en un plazo de 60 días calendario** desde el momento en que tuvo el problema por el cual desea reclamar.

- Si hay algo más que deba hacer, Atención al Cliente se lo comunicará.
- También puede enviar su reclamo por escrito. Si presenta el reclamo por escrito, nosotros le responderemos por escrito.
- Puede elegir a alguien de su confianza, como un amigo o familiar, para que hable en su nombre y envíe su reclamo (denominado "queja"). Para ello, deberá completar un formulario llamado Nombramiento de un representante. Para obtener el formulario, llame a Atención al Cliente o descárguelo del sitio web de Medicare (www.cms.gov/Medicare/CMS- Forms/CMSForms/downloads/cms1696.pdf). Tanto usted como la persona que elija deben firmar el formulario. Luego, envíenos una copia.
    - Podemos empezar a analizar su queja sin el formulario, pero no podemos completar la revisión hasta que recibamos el formulario firmado. Si no lo recibimos a tiempo, su queja puede ser desestimada. Si esto sucede, le enviaremos una carta para informarle cómo usted o su representante pueden volver a enviar la queja.
- Cuando recibamos su queja, le enviaremos una carta para informarle que la recibimos.
- Para la mayoría de las quejas, le responderemos en un plazo de 30 días. En ocasiones, podemos necesitar hasta 14 días más si usted solicita más tiempo, o si necesitamos más información y la espera adicional es lo mejor para usted.
- Si tardamos más tiempo, se lo informaremos por teléfono y por escrito en un plazo de 2 días. Si no está satisfecho con la demora, puede enviarnos otra queja.

- Recibirá una respuesta por escrito en la que se le informará la resolución de su queja.
- En ocasiones, la carta incluirá tanto el aviso de que recibimos su queja como la resolución final.

> **El término legal** para "reclamo acelerado" es **"queja expedita".**

De ser posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama por un reclamo, es posible que le respondamos en esa misma llamada y en caso de que su estado de salud requiera que le demos una respuesta rápida, así lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de los reclamos en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de los 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificamos por escrito. También le proporcionaremos una actualización del estado y un tiempo estimado de respuesta estimado.
- Si presenta un reclamo debido a que rechazamos la solicitud de "decisión de cobertura acelerada" o una "apelación acelerada", automáticamente le otorgaremos un "reclamo acelerado" y responderemos a dicho reclamo en un plazo de 24 horas.
- Si presenta un reclamo debido a que utilizamos tiempo adicional tomar una decisión de cobertura o presentar una apelación, automáticamente le otorgaremos un "reclamo acelerado" y responderemos a dicho reclamo en un plazo de 24 horas.

Si no aceptamos el reclamo, en su totalidad o en parte, se lo informaremos y le daremos nuestros motivos. Debemos responderle independientemente de que estemos o no de acuerdo con el reclamo.

Si necesita ayuda en cualquier etapa de este proceso, puede comunicarse con MI CHHO. El número de teléfono es 1-888-746-6456.

K3. Reclamos externos

Medicare

También puede informarle a Medicare sobre su reclamo o enviárselos. El formulario para presentar reclamos ante Medicare se encuentra disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario que presente un reclamo ante Priority Health Dual Premier antes de presentarlo ante Medicare.

Medicare toma los reclamos con seriedad y usará dicha información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no se está ocupando de su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Puede informar a Michigan Medicaid sobre su reclamo

También puede enviar su reclamo a Michigan Medicaid. Puede llamar a la Línea de ayuda para beneficiarios, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., al 1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656), o al 1-800-975-7630 si llama desde un servicio telefónico por Internet.

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar un reclamo ante la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si cree que no recibió un trato justo. Por ejemplo, puede hacer un reclamo sobre el acceso para discapacitados o la asistencia con el idioma. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

Asimismo, puede ponerse en contacto con la oficina local de la OCR en la siguiente dirección:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

233 N. Michigan Ave., Suite 240

Chicago, IL 60601

Centro de Respuesta al Cliente: (800) 368-1019

Fax: (202) 619-3818

TDD: (800) 537-7697

Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

- También puede tener derechos en virtud de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) y de la Ley de Derechos Civiles de Personas con Discapacidades de Míchigan (PWDCRA, por sus siglas en inglés), que protegen a las personas con discapacidades de la discriminación en el empleo, la vivienda, las instalaciones públicas, los servicios y la educación. Puede ponerse en contacto con MI CHHO al 1-888-746-6456 para obtener ayuda.

QIO

Cuando el reclamo sea relacionado con la calidad de la atención, cuenta con dos opciones:

- Puede presentar el reclamo sobre la calidad de la atención directamente ante la QIO.
- Puede presentar su reclamo ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta el reclamo ante la QIO, trabajaremos junto con ellos para resolverlo.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en el cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **sección H2** o consulte el **capítulo 2** de este *Manual para el afiliado*. *Manual para el afiliado*.

En Míchigan, la QIO es Commence Health. El número de teléfono de Commence Health es 1-888-524-9900 (TTY: 711).

Capítulo 10: Cómo terminar su afiliación a nuestro plan

Introducción

En este capítulo se explica cómo puede terminar su afiliación a nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de ello. Si abandona nuestro plan, seguirá participando en los programas Medicare y Michigan Medicaid mientras sea elegible. La terminología clave y sus definiciones figuran por orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para el afiliado*.

Índice

A. Cuándo puede terminar su afiliación a nuestro plan 285

B. Cómo terminar su afiliación a nuestro plan 286

C. Cómo obtener servicios de Medicare y de Michigan Medicaid por separado 286

C1. Sus servicios de Medicare 286

C2. Sus servicios de Michigan Medicaid 289

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su afiliación a nuestro plan 289

E. Otras situaciones en que termina su afiliación a nuestro plan 290

F. Reglas que prohíben pedirle que abandone el plan por cualquier motivo relacionado con la salud 291

G. Tiene derecho a presentar un reclamo si finalizamos su afiliación al plan 291

H. Cómo obtener más información sobre cómo terminar la afiliación al plan 291

A. Cuándo puede terminar su afiliación a nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden terminar su afiliación al plan en determinados períodos del año. Dado que cuenta con Michigan Medicaid, tiene algunas opciones para terminar su afiliación a nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, todos los años, es posible terminar su afiliación a nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **Período de inscripción anual**, que dura desde el 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación a nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su afiliación al nuevo plan comienza el 1 de enero.
    - El **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA),** que dura del 1 de enero al 31 de marzo y también está disponible para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.er mes en que tienen ese derecho. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación al nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Es posible que haya otras situaciones en las que sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- se muda fuera de nuestra área de servicio;
- su elegibilidad para Michigan Medicaid o para Ayuda Adicional cambió; **o**
- recientemente se mudó a o desde un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo, o actualmente recibe atención en esos lugares.

Su afiliación termina el último día del mes en que recibimos su solicitud para cambiar de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, la cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo).

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**
- Servicios de Medicaid en la **sección C2**

Puede obtener más información sobre cómo puede terminar su afiliación llamando a los siguientes números: Atención al Cliente al número que figura en la parte inferior de esta página. El número para usuarios de TTY también aparece allí.

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP), MI Options al 800.803.7174.

B. Cómo terminar su afiliación a nuestro plan

Si decide terminar su afiliación, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Original Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare, pero no eligió un plan independiente de medicamentos de Medicare, debe solicitar que se cancele la inscripción que tiene con nosotros. Existen dos formas en las que puede solicitar la cancelación de la inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Póngase en contacto con Atención al Cliente al número que figura en la parte inferior de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Si llama al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o medicamentos de Medicare. En la tabla de la sección C1, encontrará más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare cuando deje nuestro plan.
- Llame a MI Options al 800.803.7174. En la **sección C** a continuación se incluyen los pasos para inscribirse en un plan diferente, lo que también terminará su afiliación a nuestro plan.

C. Cómo obtener servicios de Medicare y de Michigan Medicaid por separado

Usted tiene opciones para recibir sus servicios de Medicare y Medicaid si decide dejar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones, que enumeramos a continuación, para recibir sus servicios de Medicare en cualquier mes del año. A continuación, se enumera una opción adicional durante determinados períodos del año, como el **Período de inscripción anual** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones que se describen en la **sección A**. Al escoger una de estas opciones, automáticamente termina su afiliación a nuestro plan.

---

1. Puede cambiar a: **Otro plan que proporcione los beneficios de Medicare y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medicaid en un único plan, también conocido como Plan para Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés) Integrado o un plan del Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE, por sus siglas en inglés), si usted reúne los requisitos.**	**Esto es lo que debe hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800- 633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o información adicional: ▪ Llame a MI Options al 800.803.7174. **O** Inscríbase en un nuevo D-SNP integrado. Al iniciar la cobertura del nuevo plan, automáticamente será dado de baja de nuestro plan de Medicare.
2. Puede cambiar a: **Original Medicare con un plan independiente para medicamentos de Medicare.**	**Esto es lo que debe hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800- 633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o información adicional: ▪ Llame a MI Options al 800.803.7174. **O** Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Al iniciar la cobertura de Original Medicare, automáticamente será dado de baja de nuestro plan.

3. Puede cambiar a: **Original Medicare sin un plan independiente para medicamentos de Medicare.** **NOTA:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos independiente de Medicare, es posible que Medicare lo inscriba en uno, a menos que usted les indique que no desea inscribirse. Debería rechazar la cobertura de medicamentos únicamente si tiene cobertura para medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame a MI Options al 800.803.7174, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Para obtener más información o encontrar una oficina local de MI Options en su área, visite www.michigan.gov/MDHHSMIOptions.	**Esto es lo que debe hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800- 633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o información adicional: • Llame a MI Options al 800.803.7174. Al iniciar la cobertura de Original Medicare, automáticamente será dado de baja de nuestro plan.

4. Puede cambiar a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Cualquier plan de salud de Medicare durante determinados períodos del año, incluido el Período **de inscripción anual** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la **sección A**..	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800- 633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o información adicional: ▪ Llame a MI Options al 800.803.7174. **O** Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Al iniciar la cobertura del nuevo plan, automáticamente será dado de baja de nuestro plan de Medicare.

C2. Sus servicios de Michigan Medicaid

Si deja nuestro plan, recibirá sus servicios de Michigan Medicaid a través de un pago por servicio.

Sus servicios de Michigan Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y apoyo a largo plazo y de atención de salud conductual. Si deja nuestro plan, puede usar cualquier proveedor que acepte Michigan Medicaid.

Use MI Bridges para actualizar su información de inscripción.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su afiliación a nuestro plan

Si abandona nuestro plan, puede tomar un tiempo antes de que su afiliación termine y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid. Durante ese tiempo, usted seguirá recibiendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience la cobertura del plan nuevo.

- Utilice los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- Utilice las farmacias de nuestra red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedido por correo, para obtener sus medicamentos con receta.

- Si está hospitalizado el día en que termina su afiliación a PriorityMedicare Dual Premier, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que sea dado de alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que se le dé el alta.

E. Otras situaciones en que termina su afiliación a nuestro plan

Estos son los casos en los que debemos terminar su afiliación a nuestro plan:

- Si hay una interrupción en la cobertura de la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare.
- Si deja de reunir los requisitos para Medicaid. Nuestro plan es para personas que califican para Medicare y Medicaid.
- Si ya no es elegible para el Medicaid. Nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Atención al Cliente para saber si el lugar al que se está mudando o viajando se encuentra en el área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito.
- Si miente o nos oculta información acerca de algún otro seguro para medicamentos que posea.
- Si no es ciudadano estadounidense o no cuenta con una residencia legal en los Estados Unidos.
    - Para afiliarse a nuestro plan, debe ser un ciudadano estadounidense o tener residencia legal en los Estados Unidos.
    - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos informarán si usted no cumple con los requisitos para continuar afiliado, debido a esta circunstancia.
    - Debemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.
- Si tiene este plan, este programa le permite permanecer inscrito en el programa HIDE SNP hasta por tres (3) meses después de perder la elegibilidad para Medicaid. Este período de tiempo se conoce como "presunción" y le da la oportunidad de obtener la documentación para una nueva determinación con su trabajador social. Durante este periodo de "presunción", continuaremos proporcionándole todos los beneficios de

Medicare Advantage cubiertos por el plan. Si no recupera su estatus al final del período de presunción, se cancelará su inscripción. Consulte la **sección E del capítulo 1** de este *Manual para el afiliado* para obtener más información.

No podemos obligarlo a que abandone el plan por los siguientes motivos, a menos que obtengamos la autorización de Medicare y Medicaid primero.

- Si al inscribirse con nosotros intencionalmente nos proporciona información incorrecta y dicha información afecta su elegibilidad para el plan.
- Si continuamente exhibe conducta conflictiva que nos dificulte proporcionarle atención médica a usted y a otros afiliados al plan.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación de afiliado para recibir atención médica. (Si damos por finalizada su afiliación por este motivo, Medicare puede solicitar al inspector general que investigue su caso).

F. Reglas que prohíben pedirle que abandone el plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos solicitarle que abandone el plan por ninguna razón relacionada con su salud. Si cree que le pedimos que abandone nuestro plan por una razón relacionada con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Tiene derecho a presentar un reclamo si finalizamos su afiliación al plan

Si finalizamos su afiliación al plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos. De igual manera, debemos explicarle cómo interponer una queja o presentar un reclamo respecto a nuestra decisión de terminar dicha afiliación. También puede consultar el **capítulo 9** de este *Manual para el afiliado* para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

H. Cómo obtener más información sobre cómo terminar la afiliación al plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cómo terminar su afiliación, llame a Atención al Cliente al número que figura en la parte inferior de esta página.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

En este capítulo se incluyen los avisos legales que se aplican a su afiliación a nuestro plan. La terminología clave y sus definiciones figuran por orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para el afiliado*..

Índice

A. Aviso sobre las leyes....293

B. Aviso de no discriminación....293

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Michigan Medicaid como pagador de última instancia....293

A. Aviso sobre las leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual para el afiliado*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si estas no se encuentran incluidas ni explicadas en este *Manual para el afiliado*. Las principales leyes que se aplican son leyes federales sobre los programas Medicare y Michigan Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso de no discriminación

No discriminamos ni le damos un trato diferente por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, comprobación de elegibilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Tampoco discriminamos ni le damos un trato diferente por tener VIH o por su estado civil, orientación sexual, identidad o expresión de género, estado socioeconómico o fuente de pago por el servicio, estatura, peso, condición de veterano, asociación o cualquier otra característica protegida de acuerdo con las leyes federales, estatales o locales.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud sobre la discriminación o el trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles local al 800.482.3604.
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención médica o a un proveedor, llame a Atención al Cliente. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para silla de ruedas, el Atención al Cliente puede ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Michigan Medicaid como pagador de última instancia

En ocasiones, otra persona debe pagar primero los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización laboral por accidentes de trabajo deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y regulaciones federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por servicios de atención médica a los afiliados. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Michigan Medicaid sea el pagador de última instancia.

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Introducción

En este capítulo se incluyen los términos clave utilizados en todo este *Manual para el afiliado* con sus definiciones. Los términos se encuentran en orden alfabético. Si no encuentra el término que busca o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Atención al Cliente.

Actividades cotidianas (ADL): las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Juez de derecho administrativo: un juez que revisa una apelación de Nivel 3.

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP): un programa que ayuda a que las personas elegibles que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el tratamiento del VIH que salvan vidas.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Apelación: una forma de impugnar una medida que tomamos si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión de cobertura por medio de una apelación. En el **capítulo 9** de este *Manual para el afiliado* se explican las apelaciones, incluida la forma de presentar una apelación.

Salud conductual: un término inclusivo para referirse a los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.

Producto biológico: un medicamento que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Ver también "Producto biológico original" y "Biosimilar").

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los productos biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos productos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consultar "Biosimilares intercambiables").

Medicamento de marca: un medicamento que la compañía que originalmente produjo el medicamento fabrica y vende. Los medicamentos de marca contienen los mismos principios activos que la versión genérica. Los medicamentos genéricos suelen ser fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas y, por lo general, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya finalizado.

Administrador de atención: una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Plan de atención: Consulte "Plan de atención individualizada".

Equipo de atención: Consulte "Equipo de atención interdisciplinaria".

Etapa de cobertura catastrófica: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare en la que nuestro plan paga todos los costos de su cobertura hasta finales de año. Comienza esta etapa cuando usted, u otras partes capacitadas que actúan en su nombre, han gastado $2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año. No debe pagar nada.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare. En el **capítulo 2** de este *Manual para el afiliado* se le explica cómo contactar a los CMS.

Reclamo: una declaración escrita o verbal en la que se indica que tiene un problema o inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de la atención, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para la "presentar un reclamo" es "interponer una queja".

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de un malestar, accidente o cirugía mayor. Ofrece una variedad de servicios, que incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación de las condiciones del hogar.

Copago: es un monto fijo que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe determinados medicamentos. Por ejemplo, podría pagar $2 o $5 por un medicamento.

Distribución de costos: los montos que debe pagar cuando recibe determinados medicamentos. La distribución de costos incluye los copagos.

Nivel de distribución de costos: un grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento que forma parte de la *Lista de medicamentos cubiertos* (también denominada la *Lista de medicamentos*) se encuentra en uno de los cinco niveles de distribución de costos. Por lo general, cuanto mayor es el nivel de distribución de costos, mayor será el costo que pagará por el medicamento.

Decisión de cobertura: una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios de salud.

En el capítulo 9 de este *Manual para el afiliado* se le explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: es el término utilizado para referirnos a todos los medicamentos con receta y de venta libre (OTC) cubiertos por el plan.

Servicios cubiertos: es el término general utilizado para referirnos a toda la atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos con receta y de venta libre, equipo y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación en competencia cultural: capacitación que proporciona instrucción adicional a nuestros proveedores de atención médica para ayudarles a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Atención al Cliente: un departamento de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre afiliación, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el **capítulo 2** de este *Manual para el afiliado* para obtener más información sobre Atención al Cliente.

Tasa diaria de distribución de costos: una tasa que se puede aplicar cuando el médico le receta el suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes y usted debe pagar un copago. La tasa diaria de distribución de costos es el copago dividido por el número de días de los suministros para un mes.

Ejemplo: Supongamos que el copago por el medicamento para el suministro de un mes completo, un suministro para 30 días, es $1.35. Esto significa que el monto que pagará por día por el medicamento es $0.05. Si obtiene un suministro del medicamento para 7 días, el pago es inferior a $0.05 diarios multiplicado por 7 días, lo que hace un pago total inferior a $0.35.

Cancelación de la suscripción: es el proceso de finalización de la afiliación al plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por elección propia) o involuntaria (no por elección propia).

Programa de Administración de Medicamentos (DMP): un programa que ayuda a garantizar que los afiliados usan de manera responsable los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Niveles de medicamentos: grupos de medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento en la *Lista de medicamentos* se encuentra en uno de los cinco niveles.

Plan para Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP): un plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Equipo médico duradero (DME): determinados artículos ordenados por su médico para uso en el hogar. Entre ellos se encuentran sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, insumos para diabéticos, camas de hospital que son ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosas (IV), dispositivos de generación de voz, equipo de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier persona que posee conocimientos promedios de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata con el fin de prevenir la pérdida de la vida, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o un impedimento grave de una función corporal, así como la pérdida de un bebé en desarrollo si se trata de una mujer embarazada. Los síntomas médicos pueden incluir un malestar, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se está agravando rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que presta un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia y que son necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Excepción: permiso para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Servicios excluidos: servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Ayuda Adicional: programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda Adicional también se denomina "subsidio por bajos ingresos" o "LIS".

Medicamento genérico: es un medicamento aprobado por la FDA para su uso en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos principios activos que un medicamento de marca. Por lo general, es más económico y tiene la misma eficacia que el medicamento de marca.

Queja: un reclamo que usted presenta sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Incluye los reclamos sobre la calidad de la atención o la calidad del servicio proporcionado por su plan de salud.

Plan de salud: una organización formada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con administradores de atención que lo ayudan a gestionar sus proveedores y servicios. Todos ellos colaboran estrechamente para proporcionarle la atención que necesita.

Evaluación de riesgos de salud (HRA): una revisión de sus antecedentes médicos y afección actual. Se usa para obtener más información acerca de su salud y de cómo podría cambiar en el futuro.

Auxiliares para el cuidado de la salud en el hogar: una persona que proporciona servicios que no necesitan de las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayudar con las tareas de cuidado personal; por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios estipulados. Estas personas no cuentan con una licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Hospicio: un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir con comodidad. Un pronóstico terminal significa que una persona ha sido declarada desde el punto de vista médico como un enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos.

- Una persona inscrita que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir si desea recibir cuidados de hospicio.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores proporcionan atención completa a la persona, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Debemos proporcionarle una lista de los proveedores de cuidados de hospicio ubicados en el área geográfica donde reside.

Facturación inapropiada/inadecuada: una situación en la que un proveedor, como un médico u hospital, le factura más que el monto de nuestra parte en la distribución de costos por servicios. Llame a Atención al Cliente si recibe facturas que no comprende. Como afiliado, solo debe pagar los montos de la distribución de costos del plan cuando reciba los servicios cubiertos. **No** permitimos que los proveedores le facturen más de este monto.

Organización revisora independiente (IRO): una organización independiente contratada por Medicare que revisa las apelaciones de Nivel 2. No está relacionada con nosotros y tampoco es una agencia gubernamental. Dicha organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su labor. El nombre formal es Entidad Revisora Independiente.

Plan de Atención Individualizada (ICP o plan de atención): un plan sobre qué servicios recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo.

Etapa de cobertura inicial: la etapa previa a que sus gastos totales en medicamentos de la Parte D de Medicare alcancen los $2,100. Esto incluye los montos que pagó, lo que nuestro plan pagó en su nombre y el subsidio por bajos ingresos. Inicia en esta etapa cuando surte la primera receta del año. Durante esta etapa, nosotros pagamos parte de los costos de los medicamentos, y usted paga la parte que le corresponde.

Hospitalización: término que se usa cuando se lo ingresa formalmente en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no se lo ingresa formalmente, es posible que, incluso si permanece una noche en el hospital, se le considere un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado.

Equipo de atención interdisciplinaria (ICT o equipo de atención): un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayuda a elaborar un plan de atención.

D-SNP integrado: es un plan para necesidades especiales con doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un único plan de salud para determinados grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. A estas personas se las conoce como personas que cuentan con beneficios completos con doble elegibilidad.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede ser sustituido en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a las leyes estatales.

***Lista de medicamentos* cubiertos (*Lista de medicamentos*):** una lista de medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* le indica si existen reglas que deba seguir para obtener sus medicamentos. En ocasiones, la *Lista de medicamentos* se denomina "formulario".

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su casa para que no tenga que ir a un centro de enfermería u hospital. Los LTSS incluyen los servicios basados en la comunidad y los centros de enfermería (NF).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte "Ayuda Adicional".

Medicaid (o Asistencia Médica): es un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados para que estas paguen los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos.

Necesario desde el punto de vista médico: describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese en un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, los suministros o los medicamentos deben cumplir con las normas aceptadas de práctica médica.

Medicare: es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal, por lo general quienes padecen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón. Las personas que cuentan con Medicare pueden obtener la cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o de un plan de atención médica administrada (consulte "Plan de salud").

Medicare Advantage: un programa de Medicare, también conocido como "Parte C de Medicare" o "MA", que ofrece planes MA a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo de Apelaciones): un consejo que revisa las apelaciones de Nivel 4. El Consejo de Apelaciones es parte del gobierno federal.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. **Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.**

Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP): un programa estructurado de cambios saludables y conductuales que brinda capacitación en cambios alimentarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Afiliado a Medicare-Medicaid: una persona que califica para la cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Una persona inscrita en Medicare-Medicaid también se denomina "persona con doble elegibilidad".

Parte A de Medicare: el programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención hospitalaria, la atención en un centro de enfermería especializada, la atención domiciliaria y los cuidados de hospicio necesarios desde el punto de vista médico.

Parte B de Medicare: el programa Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son necesarios desde el punto de vista médico para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C de Medicare: el programa de Medicare, también conocido como "Medicare Advantage" o "MA", que permite a las compañías privadas de seguro de salud proporcionar beneficios de Medicare a través de un plan MA.

Parte D de Medicare: el programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Para abreviar, llamamos a este programa "Parte D". La Parte D cubre medicamentos para pacientes ambulatorios, vacunas y determinados insumos que la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid no cubren. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura bajo la Parte D de Medicare. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Gestión de Farmacoterapia (MTM): es un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas, brindado a personas que cumplen con determinados requisitos o que están en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Consulte el capítulo 5 del *Manual para el afiliado* a fin de obtener más información.

Afiliado (afiliado a nuestro plan o "afiliado al plan"): una persona con Medicare y Medicaid que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

***Manual para el afiliado* e información de divulgación:** se refiere a este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, o cláusulas particulares adicionales, en los que se le explique la cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus obligaciones como afiliado al plan.

Michigan Medicaid: este es el nombre del programa Medicaid de Michigan. A Michigan Medicaid lo administra el estado y lo paga el estado y el gobierno federal. Ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los gastos médicos.

- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que no cuentan con la cobertura de Medicare.
- Los programas de Medicaid varían según cada estado, pero la mayoría de los gastos de atención médica se encuentran cubiertos al calificar tanto para Medicare como para Medicaid.

Farmacia de la red: una farmacia que acordó surtir recetas para los afiliados a nuestro plan. Las llamamos "farmacias de la red" porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas únicamente cuando se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos para referirnos a los médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye a los hospitales, las agencias de atención médica domiciliaria, las clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos "proveedores de la red" cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no les cobran a los afiliados un monto adicional.

- Mientras esté afiliado a nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se les denominan "proveedores del plan".

Asilo de ancianos o centro de enfermería: un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en sus hogares, pero que no necesitan estar en el hospital.

Defensoría del pueblo: una oficina en su estado que se desempeña como defensor en su nombre. Puede responder sus preguntas si tiene problemas o reclamos y brindarle ayuda para entender qué debe hacer. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos. Encontrará más información en los **capítulos 2 y 9** de este *Manual para el afiliado*.

Determinación de organización: nuestro plan toma una determinación de organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decidimos si los servicios están cubiertos o cuánto paga usted por los servicios cubiertos. Dichas determinaciones se denominan "decisiones de cobertura". En el **capítulo 9** de este *Manual para el afiliado* se explican las decisiones de cobertura.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para los fabricantes que hacen una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): el gobierno ofrece Original Medicare. En Original Medicare, los servicios son cubiertos mediante el pago de montos establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica.

- Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare consta de dos partes: la Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y la Parte B de Medicare (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todo Estados Unidos.
- Si no desea estar afiliado a nuestro plan, puede optar por Original Medicare.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados a nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene de las farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no es empleado, propiedad ni está operado por nuestro plan y que no está bajo contrato para proporcionar servicios cubiertos a los afiliados a nuestro plan. En el **capítulo 3** de este *Manual para el afiliado* se explican los proveedores o centros fuera de la red.

Gastos de bolsillo: el requisito de distribución de costos para que los afiliados paguen por una parte de los servicios o medicamentos que reciben también se denomina requisito de "gastos de bolsillo". Consulte la definición de "distribución de costos" que aparece anteriormente.

Medicamentos de venta libre (OTC): los medicamentos de venta libre son fármacos o medicamentos que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de la atención médica.

Parte A: Consulte "Parte A de Medicare".

Parte B: Consulte "Parte B de Medicare".

Parte C: Consulte "Parte C de Medicare".

Parte D: Consulte "Parte D de Medicare".

Medicamentos de la Parte D: Consulte "Medicamentos de la Parte D de Medicare".

Información médica personal (también denominada información médica protegida) (PHI): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico y antecedentes médicos. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a esta.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectarla en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor; por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que acude primero por la mayoría de los problemas de salud. Este médico se asegura de que usted reciba el cuidado que necesita para mantenerse saludable.

- Además, habla con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y lo deriva con ellos.

- En muchos de los planes de salud de Medicare, usted debe acudir a su proveedor de atención primaria antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica.

- Consulte el **capítulo 3** de este *Manual para el afiliado* a fin de obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa (PA): una aprobación que debe obtener de nuestra parte antes de que pueda recibir un servicio o medicamento específico o utilizar un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación primero.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una PA de nosotros.

- Los servicios cubiertos que requieren PA de nuestro plan están señalados en el **capítulo 4** de este *Manual para el afiliado.*

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene PA de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que requieren PA de nuestro plan están indicados en la *Lista de medicamentos cubiertos*, y las reglas se publican en nuestro sitio web.

Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE): es un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid en conjunto para personas de 55 años en adelante que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en su hogar.

Aparatos ortopédicos y prótesis: dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, férulas para el brazo, espalda y cuello; prótesis de extremidades; prótesis ocular y los aparatos necesarios para el reemplazo de una parte o funcionalidad interna del cuerpo, incluidos los insumos para la ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas que cuentan con la cobertura de Medicare. El gobierno federal le paga a la QIO para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes. Consulte el **capítulo 2** de este *Manual para el afiliado* a fin de obtener información sobre la QIO.

Límites de cantidad: un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Podemos limitar la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre los medicamentos y beneficios cubiertos. Incluye los montos de la distribución de costos, los medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma afección que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Derivación: una derivación es la aprobación del proveedor de atención primaria (PCP) para recurrir a un proveedor distinto al suyo. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una derivación para determinados especialistas, como los especialistas en salud femenina. Puede encontrar más información sobre las derivaciones en los **capítulos 3 y 4** de este *Manual para el afiliado*.

Servicios de rehabilitación: tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de un malestar, accidente u cirugía mayor. Consulte el **capítulo 4** de este *Manual para el afiliado* a fin de obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta afiliados si limita la afiliación según el lugar donde viven las personas. En el caso de los planes que limitan a los médicos y hospitales que puede usar, generalmente se refiere al área en la que recibe los servicios preventivos, es decir los de carácter no urgente. Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Centro de enfermería especializada (SNF): un centro de enfermería con el personal y el equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): son los servicios de atención de enfermería especializada y de rehabilitación brindados en forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que un enfermero acreditado o un médico puedan administrar.

Especialista: un médico que presta servicios para el cuidado de la salud ante una enfermedad en particular o de una parte específica del cuerpo.

Audiencia estatal: si el médico u otro proveedor solicita un servicio de Medicaid que nosotros no aprobamos, o si no continuamos pagando un servicio de Medicaid que ya tiene, puede solicitar una audiencia estatal. Si la audiencia estatal se decide a su favor, debemos otorgarle el servicio que solicitó.

Tratamiento escalonado: una regla de cobertura que requiere que usted pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI): es un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que poseen una discapacidad, son invidentes o mayores de 65 años. Los beneficios del SSI son diferentes a los beneficios del Seguro Social.

Atención de urgencia: atención que recibe por un malestar, una lesión o una afección imprevistos que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Puede recibir atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando, dado el momento, el lugar o las circunstancias, no es posible, o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red; por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y requiere servicios inmediatos necesarios desde el punto de vista médico para una afección no prevista, pero que no es una emergencia médica.

Atención al Cliente de PriorityMedicare Dual Premier

TELÉFONO	833-939-0983 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este. Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY:	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados desde las 8 a. m. hasta el mediodía, hora del este.
FAX:	616.942.0995
CORREO POSTAL	Customer Care Department, MS 1115 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525 MedicareCS@priorityhealth.com
SITIO WEB:	prioritymedicare.com/dual26

prioritymedicare.com

Aprobación de OMB 0938-1051 (vencimiento: 31 de agosto de 2026)
H8379_110011502600_C