

2026

Evidencia de cobertura

PriorityMedicare[®] Vintage (HMO POS)
ofrecido por Priority Health

1 de enero de 2026 – 31 de diciembre de 2026

Del 1 de enero al 31 de diciembre 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Beneficios y servicios para la salud y cobertura de medicamentos de Medicare como miembro de PriorityMedicare Vintage (HMO-POS)

Este documento le proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica y la cobertura de medicamentos que ofrece Medicare a partir del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante, por lo que se recomienda Consérvelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos, además, Utilice este documento para entender lo siguiente:

- La prima de nuestro plan y costo compartido
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Atención al cliente al 888.389.6648. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. al mediodía, hora del este. Esta llamada es gratuita.

Este plan, **PriorityMedicare Vintage (HMO-POS)**, se ofrece a través de Priority Health Medicare. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* mencione “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Priority Health Medicare. Del mismo modo, cuando se mencione “plan” o “nuestro plan”, se refiere a **PriorityMedicare Vintage (HMO-POS)**).

Esta información está disponible en audio, Braille y letra de imprenta grande bajo petición.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/ el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirás un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarte con al menos 30 días de anticipación.

Tabla de contenidos**Tabla de contenidos**

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro	5
SECCIÓN 1 Eres un miembro de Priority Medicare Vintage (HMO-POS)	5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan	6
SECCIÓN 3 Materiales importantes de miembros	7
SECCIÓN 4 Resumen de Costos Importantes	9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	15
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	17
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	18
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos	20
SECCIÓN 1 Contactos de Priority Medicare Vintage (HMO-POS)	20
SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare	26
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)	27
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)	28
SECCIÓN 5 Seguro Social	28
SECCIÓN 6 Medicaid	29
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	30
SECCIÓN 8 La Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB)	34
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador	34
CAPÍTULO 3: Cómo utilizar de nuestro plan para obtener servicios médicos	36
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	36
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica	38
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención	42
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?	44
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	45
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	47
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero	48

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)	50
SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 50
SECCIÓN 2	La Tabla de beneficios médicos muestra tus beneficios y costos médicos 52
SECCIÓN 3	Servicios no están cubiertos por nuestro plan (exclusions) 136
CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D	142
SECCIÓN 1	Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan 142
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 142
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan 147
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones de cobertura 149
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría 150
SECCIÓN 6	La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año 153
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos 155
SECCIÓN 8	Cómo surtir un medicamento con receta 157
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 157
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 159
CAPÍTULO 6: Lo que le pagar por los medicamentos de la Parte D	162
SECCIÓN 1	Lo que le pagar por los medicamentos de la Parte D 162
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para miembros de Priority Medicare Vintage (HMO-POS) 164
SECCIÓN 3	Su <i>Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB)</i> explica en qué etapa de pago se encuentra 165
SECCIÓN 4	La Etapa del deducible 167
SECCIÓN 5	La Etapa de cobertura inicial 167
SECCIÓN 6	Etapa de cobertura catastrófica 173
SECCIÓN 7	Información de beneficios adicionales 173
SECCIÓN 8	Lo que pagas por las vacunas de la Parte D 174

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por de servicios médicos o medicamentos cubiertos	176
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde por los medicamentos o servicios cubiertos	176
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	179
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	180
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades	181
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sus sensibilidades culturales	181
SECCIÓN 2 Su responsabilidades como miembro de nuestro plan	187
CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	189
SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	189
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	189
SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema	190
SECCIÓN 4 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones	191
SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	194
SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	202
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto	212
SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	218
SECCIÓN 9 Llevando su apelación al los Nivel 3, 4 y 5	222
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	225

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan	229
SECCIÓN 1	Cancelación de su membresía en nuestro plan 229
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 229
SECCIÓN 3	Cómo finalizar tu membresía en nuestro plan 232
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 232
SECCIÓN 5	Priority Medicare Vintage (HMO-POS) debe cancelar su membresía en ciertas situaciones 233
CAPÍTULO 11: Avisos legales	235
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes 235
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación 235
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 235
SECCIÓN 4	Aviso sobre la coordinación de beneficios con terceros pagadores 236
SECCIÓN 5	Aviso sobre la <i>Evidencia de cobertura</i> : los Términos son vinculantes .. 237
SECCIÓN 6	Aviso sobre las decisiones de cobertura y los derechos de apelación .. 237
SECCIÓN 7	Aviso de las Normas de Privacidad 238
CAPÍTULO 12: Definiciones	246

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Eres un miembro de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS)

Sección 1.1 Usted está inscrito en **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS), que es una Plan de punto de servicio de HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de medicamentos y de salud de Medicare mediante **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS), nuestro plan. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan son diferentes a los de Medicare Original.

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

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

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

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS), desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2026.

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

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

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

Sección 2.2 El área de servicio del plan para **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS)

PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio son las Regiones 1, 2 y 5, que incluyen los condados de:

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

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo afiliado de este plan. Llame a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)

para averiguar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se muda, tendrá un período especial de inscripción para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos para afiliarse a un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) si usted no es elegible para seguir siendo afiliado de nuestro plan por este motivo. **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de miembros

Sección 3.1 Tarjeta de miembro de nuestro plan

Utilice su tarjeta de afiliación cada vez que obtenga servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de afiliación del plan:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea un miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta Medicare en un lugar seguro. Es probable que tenga que mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios en un hospicio o participa en estudios de investigación aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Atención al cliente 888.389.6648 (TTY los usuarios llaman 711) para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 ***Directorio de proveedores/farmacias***

En la *se Directorio de proveedores/farmacias* **priorityhealth.com/vintage26** enumeran nuestros actuales proveedores de la red, los proveedores de equipo médico duradero y las farmacias de la red.

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de atención médica, los grupos médicos, los proveedores de equipo médico duradero, los hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier plan costo compartido como pago total.

Solo pagará su beneficio de punto de servicio (POS) o “fuera de la red” si ve a un proveedor en la península inferior de Michigan que no participa en nuestro plan. Cuando viaje fuera de la península inferior de Michigan pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios, puede usar el Priority Health Travel Pass. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección 2.2 para saber cómo puede recibir atención.

Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan. Utilice la *Directorio de proveedores/farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. Ingrese en Capítulo 5, Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo puede recurrir a farmacias que no están en la red de nuestro plan.

El *Directorio de proveedores/farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferidos, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene una *Directorio de proveedores/farmacias*, puede solicitar una copia a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en **priorityhealth.com/vintage26** o descargarla de este sitio web. Atención al cliente Tanto el sitio web como el pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores de la red.

Sección 3.3 **La Lista de medicamentos (formulario)**

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). En ella se especifica qué medicamentos recetados están cubiertos por los beneficios de la Parte D incluidos en **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS). Nuestro plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos a menos que

hayán sido eliminados y reemplazados como se describe en Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS).

En la Lista de medicamentos también se indica si existen reglas que restrinjan la cobertura de un medicamento.

Le entregaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite (<https://priorityhealth.com/vintage26>) o llame a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman 711).

SECCIÓN 4 Resumen de Costos Importantes

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior a este monto. Vaya a la sección 4.1 para más detalles.	\$8.80
Deducible	<u>Dentro de la red</u> \$0 <u>Fuera de la red</u> \$1,500 , excepto para los servicios de acupuntura, las inmunizaciones y la insulina suministradas a través de un artículo de equipo médico duradero.
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que usted pagará de su propio bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte Capítulo 4, Sección 1 para obtener más detalles).	\$5,600
Consultas de atención primaria	<u>Dentro de la red</u> \$0 copago por visita. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total por visita con un PCP, después del deducible.
Consultas a especialistas	<u>Dentro de la red</u> \$0 a \$35 copago por visita. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total por consulta con un especialista, después del deducible.

	Sus costos en 2026
Hospitalizaciones	<u>Dentro de la red</u> Para estadías hospitalarias cubiertas por Medicare: \$400 copago por día para los días 1-7, después del deducible. \$0 por días adicionales de hospitalización, después del deducible. <u>Fuera de la red</u> Para estadías hospitalarias cubiertas por Medicare: 50% del costo total por hospitalización, después del deducible.
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D Ingrese en Capítulo 6, Sección 4 para obtener más detalles).	\$615 en los niveles 1 a 5 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más información, incluyendo el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Nivel de medicamento 1: \$0 copago en una farmacia preferida de la red o \$0 copago en una farmacia estándar de la red Nivel de medicamento 2: \$8 copago en una farmacia preferida de la red o \$15 copago en una farmacia estándar de la red Nivel de medicamentos 3: 25 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 25 % del costo total en una farmacia estándar de la red Usted paga \$35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel de medicamentos 4: 35 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 40 % del costo total en una farmacia estándar de la red

	Sus costos en 2026
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	Usted paga \$35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel de medicamentos 5: 25 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 25 % del costo total en una farmacia estándar de la red Usted paga \$35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapas de cobertura catastrófica: durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- la prima del plan (Sección 4.1)
- la prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima del beneficio complementario opcional (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)
- Monto del plan de pago de recetas médicas de Medicare (Sección 4.6)

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2026, la prima mensual de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) es de \$8.80.

Si ya recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre primas en esta Evidencia de cobertura puede no aplicarse no se aplica a usted**. Nosotros le enviamos una separada documento, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional [Extra Help] para pagar los medicamentos recetados), también denominada *Low Income Subsidy Rider o LIS Rider*, (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS) que le informa sobre la cobertura de medicamentos. Si no posee este documento, comuníquese con Atención al cliente en 888.389.6648 (TTY los usuarios llaman 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de Ayuda adicional y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. Aprender encontrará más información sobre estos programas en

Sección 7 del Capítulo 2. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare son diferentes para las personas que tienen ingresos diferentes. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise en su copia del folleto *Medicare & You 2026* (Medicare y usted), la sección llamada *Costos de Medicare de 2026*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O bien puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, **usted debe Debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A, que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Prima de beneficio suplementario opcional

Si usted se inscribió para acceder a beneficios adicionales, también llamados *beneficios complementarios opcionales*, usted paga una prima adicional por mes para gozar de estos beneficios adicionales. Consulte el Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más información.

Paquete dental y de la vista mejorado: \$49 Prima mensual:

Sección 4.4 Multa por inscripción tardía de la Parte D

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

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual o trimestral. Cuando se inscribe por primera vez en **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS), le informamos el monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

Usted **no** tendrá que pagarla si:

- recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta;
- ha pasado menos de 63 días consecutivos sin una cobertura acreditable;
- ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente, como un empleador, un sindicato, TRICARE o Administración de Salud para Veteranos (VA)). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** El aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos con receta acreditable que estaba previsto que pagara el mismo monto que el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes no son coberturas acreditables de medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Así es como funciona:

- Si usted no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados válida durante 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en la Parte D por primera vez, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que pasó sin cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no haya tenido cobertura válida. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, el porcentaje de multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio del plan para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2026, el monto promedio de prima es de \$38.99.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima base nacional del beneficiario y redondee a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí, sería un 14 % de veces \$38.99, que equivale a \$5.46. Este monto se redondea a \$5.50. Este monto se agregará **a la prima mensual del plan para la persona con la multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- **La multa puede cambiar todos los años** porque la prima base nacional del beneficiario puede cambiar todos los años.
- **Usted seguirá pagando la multa** todos los meses durante todo el tiempo que esté inscrito en un plan con beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de planes.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años de edad,

su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tiene cobertura después de su período de inscripción inicial para adultos en Medicare.

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

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

Sección 4.5 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Puede que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos modificados ajustados, según los informó en su declaración de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace dos años. Si este monto supera un determinado número, usted paga el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que es posible que deba pagar en función de sus ingresos, visite www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si usted tiene que pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de administración de personal, independientemente de cómo paga siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga el IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 4.6 Monto del plan de pago de recetas médicas de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan médico o de medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeuda por cualquier medicamento recetado que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses restantes en el año.

Capítulo 2, Sección 7 ofrece más información sobre el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos en El Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Cómo pagar la prima de nuestro plan

Existen cinco formas para pagar la prima del plan.

Opción 1: Cheque o giro postal

Puede pagar su prima mensual con cheque o giro postal. Usted recibirá una factura mensual que debe ser pagada antes del PRIMER día de cada mes. Para pagar por correo, adjunte su cheque o giro postal, pagadero a Priority Health, en el sobre de devolución provisto con la mitad inferior de su factura. Si extravió su sobre de devolución, envíe el pago por correo a 3915 Momentum Place, Chicago, IL 60689-5339. Si su cuenta bancaria no tiene fondos suficientes para cubrir el pago, Priority Health se reserva el derecho de cobrar una tarifa por fondos insuficientes (NSF) hasta el monto permitido por el estado de Michigan, que es de \$25.

Opción 2: Extracción automático de su cuenta bancaria

Puede optar por que su prima mensual se deduzca automáticamente de su cuenta bancaria el primer día de cada mes. Este débito deducirá su saldo total adeudado a la fecha. Su pago siempre se aplica automáticamente al saldo pendiente más antiguo en primer lugar. Si paga más del monto mensual adeudado además de su pago automático, aparecerá como un crédito en la próxima factura y su giro automático solo retirará lo que vence a partir del primer día hábil del mes. Los pagos recibidos antes de la fecha de vencimiento se reflejarán en la próxima factura. Ingrese en priorityhealth.com/eftmedicare o llame a Atención al cliente al 888.389.6648 para programar su débito automático. Puede enviar un formulario de pago automático de facturas en línea (priorityhealth.com/medicare/once-you-enroll/planadministration/pay-your-premium) o imprimir un formulario en papel, llenarlo y enviarlo por correo.

Si su cuenta bancaria no tiene fondos suficientes para cubrir el pago de su prima, Priority Health se reserva el derecho de cobrar una tarifa por fondos insuficientes (NSF) hasta el monto permitido por el estado de Michigan, que es de \$25. Nota: si tiene dos o más NSF en un período de tres meses, dejaremos de retirar su prima mensual del plan automáticamente y le enviaremos una factura mensual por correo.

Opción 3: Haga que las primas del plan se deduzcan de su cheque mensual del Seguro Social.

Puede solicitar que la prima mensual de su plan se deduzca de su cheque mensual de la Administración del Seguro Social (SSA). Esto lo protegerá de cualquier riesgo de ser dado de baja de su plan opcional de beneficios complementarios o de su cobertura médica y de

medicamentos recetados. Para programar una deducción de su cheque del Seguro Social, puede inscribirse en línea en [**priorityhealth.com/ssamedicare**](https://priorityhealth.com/ssamedicare) o llame a Atención al cliente al 888.389.6648 y reenviaremos la información a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La Administración del Seguro Social (SSA) podría tardar varios meses en comenzar a deducir sus primas.

- Dependiendo de la fecha en que se inscriba, es posible que deba pagar sus primas de los primeros meses con un cheque personal o giro postal. En ese caso, le enviaremos una factura por correo.
- La primera vez que la SSA deduzca su prima de su cheque de la SSA, puede deducir las primas retroactivamente a la fecha de inicio solicitada, dependiendo del tiempo que tardan en aceptar su solicitud.
- Si por algún motivo no se acepta su solicitud de deducción de la SSA, Medicare suspenderá su solicitud. En ese caso, Priority Health le notificará y le facturará directamente su prima.

Opción 4: Cheque por teléfono

Puede pagar la prima mensual del plan por teléfono desde su cuenta bancaria. Llame Atención al cliente al 888.389.6648 y tenga a la mano tanto su número de ruta como su número de cuenta. El pago puede demorar hasta cinco días hábiles en procesarse.

Opción 5: Pago con tarjeta de crédito

Puede pagar la prima mensual del plan estableciendo un pago único con tarjeta de crédito o estableciendo pagos recurrentes con tarjeta de crédito yendo a [**priorityhealth.com/medicare/once-you-enroll/plan-administration/pay-your-premium**](https://priorityhealth.com/medicare/once-you-enroll/plan-administration/pay-your-premium) o llamando Atención al cliente al 888.389.6648. Los pagos con tarjeta de crédito pueden demorar hasta 10 días laborables para que el pago se refleje en su cuenta de miembro de Priority Health.

Cómo cambiar la manera en que usted paga su prima.

Si decide cambiar la forma de pagar su prima, es posible que deba esperar hasta 3 meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, recibirá una factura por correo hasta que la SSA acepte oficialmente la solicitud de deducción de la SSA. En ese momento, recibirá una carta confirmando este cambio. Es probable que haya seleccionado una opción de pago en su formulario de inscripción, pero si no lo hizo, recibirá una factura mensual por correo. Si desea cambiar su método de pago, puede hacerlo en cualquier momento.

Si tiene problemas para pagar su prima del plan

El pago de la prima vence y debe llegar a nuestras oficinas a más tardar el primer día del mes. Si no recibimos su pago antes del primer día del mes, le enviaremos un aviso informándole que su afiliación en nuestro plan finalizará si no recibimos su prima dentro del 90 días. Si

debe una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagarla para conservar su cobertura de medicamentos.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, llame a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos recomendarle programas que le ayuden con sus costos.

Si cancelamos su inscripción porque no pagó su premium, tendrá cobertura de salud de Medicare Original. Es posible que no pueda obtener la cobertura de medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el Período de inscripción abierta. (Si permanece sin cobertura de medicamentos válida durante más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D).

Si cree que cancelamos su afiliación por error, puede presentar un reclamo (también llamado queja). Si tuvo una situación de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar la prima de su plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar un reclamo. En el caso de los reclamos, volveremos a revisar nuestra decisión. Vaya a el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar una queja o llámenos al 888.389.6648 entre De 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. TTY deben llamar al 711. Debe efectuar su reclamo antes de los 60 días calendarios posteriores a la fecha de finalización de su afiliación.

Sección 5.2 La prima mensual de nuestro plan no cambiará durante el año

No se nos permite cambiar el monto de la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo comunicaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero próximo.

Si usted se vuelve elegible para recibir “Ayuda adicional” (Extra Help) o pierde su elegibilidad para “Ayuda adicional” (Extra Help) durante el año, la parte de la prima de nuestro plan que tiene que pagar puede cambiar. Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” (Extra Help) con los costos de su cobertura de medicamentos, la “Ayuda adicional” (Extra Help) paga parte de la prima mensual de su plan. Si pierde su elegibilidad para obtener “Ayuda adicional” (Extra Help) durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual completa del plan. Obtenga más información sobre la “Ayuda adicional” (Extra Help) en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de afiliación, incluida su dirección y número de teléfono. Detalla su plan de cobertura específico, que incluye el nombre de su proveedor de atención primaria.

Los médicos, los hospitales, las farmacias y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de costo compartido**. Por eso, es muy importante que ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, indemnización al trabajador o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención médica en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero lo animamos a que lo haga).

Si alguno de estos datos cambia, infórmenos llamando al Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711).

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de medicamentos o médica que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios de nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con la lista de cualquier otra cobertura de medicamentos o cobertura médica de la que tengamos conocimiento. Lea esta información con atención. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que deba proporcionar nuestro número de identificación de afiliado del plan a sus otros seguros médicos (una vez que confirme su identidad), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o Enfermedad Renal Terminal (End Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS)

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) Atención al cliente 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711). Con gusto lo ayudaremos.

Atención al cliente – Información de contacto

Llamar	888.389.6648 Las llamadas a este número son gratuitas 8 a. m. a 8 p. m. ET los 7 días de la semana. Atención al cliente también cuenta con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. al mediodía, hora del este.
Fax	616.942.0995
Escriba	Departamento de Atención al cliente, MS 1115 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525 <u>MedicareCS@priorityhealth.com</u>
Sitio web	<u>priorityhealth.com/vintage26</u>

Cómo solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica o los medicamentos de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o para medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más

información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones de su atención médica, o para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura sobre la atención médica – Información de contacto

Llame al	888.389.6648 Las llamadas a este número son gratuita, Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. al mediodía, hora del este Atención al cliente también cuenta con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. al mediodía, hora del este
Fax	888.647.6152
Escriba	Departamento de Administración de Salud, MS 1255 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
Sitio web	<u>priorityhealth.com/vintage26</u>

Decisiones de cobertura para medicamentos de la Parte D - Información de contacto

Llame al	888.389.6648 Las llamadas a este número son gratuita, Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. al mediodía, hora del este Atención al cliente también cuenta con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
-----------------	--

Decisiones de cobertura para medicamentos de la Parte D - Información de contacto

TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. al mediodía, hora del este
Fax	877.974.4411
Escriba	Medicare Parte D, MS 1260 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
Sitio web	<u>priorityhealth.com/vintage26</u>

Apelaciones sobre la atención médica - Información de contacto

Llame al	888.389.6648 Las llamadas a este número son gratuita, Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. al mediodía, hora del este Atención al cliente también cuenta con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. al mediodía, hora del este
Fax	616.975.8827
Escriba	Appeals Coordinator, MS 1150 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
Sitio web	<u>priorityhealth.com/vintage26</u>

Apelaciones para medicamentos de la Parte D - Información de contacto

Llame al	888.389.6648 Las llamadas a este número son gratuitas, Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. al mediodía, hora del este Atención al cliente también cuenta con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. al mediodía, hora del este
Fax	877.974.4411
Escriba	Coordinador de apelaciones de la Parte D, MS 1260 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
Sitio web	<i>priorityhealth.com/vintage26</i>

Cómo presentar una queja sobre su atención médica o los medicamentos de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red, lo cual incluye quejas sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas sobre cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica o los medicamentos de la Parte D, visite el Capítulo 9.

Reclamos sobre la atención médica o los medicamentos de la Parte D - información de contacto

Llame al	888.389.6648 Las llamadas a este número son gratuitas, Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y
-----------------	--

Reclamos sobre la atención médica o los medicamentos de la Parte D - información de contacto

	los sábados de 8 a.m. al mediodía, hora del este Atención al cliente también cuenta con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. al mediodía, hora del este
Fax	Medicina: 616.975.8827 Parte D: 877.974.4411
Escriba	Medicare Grievance Coordinator, MS 1150 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
Sitio web de Medicare	Para presentar un reclamo sobre Priority Medicare Vintage (HMO-POS) directamente ante Medicare, ingrese a www.Medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de los medicamentos que recibido

Si ha recibido una factura o ha pagado por servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que usted cree que deberíamos pagar, es posible que tenga que pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor, para obtener más información, consulte el Capítulo 7.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Solicitudes de pago por atención médica - información de contacto

Llame al	888.389.6648 Las llamadas a este número son gratuita, Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y
-----------------	---

Solicitudes de pago por atención médica - información de contacto

	los sábados de 8 a.m. al mediodía, hora del este Atención al cliente también cuenta con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. al mediodía, hora del este
Fax	616.942.0995
Escriba	Departamento de Atención al cliente, MS 1115 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
Sitio web	<i>priorityhealth.com/vintage26</i>

Solicitudes de pago por medicamentos de la Parte D - información de contacto

Llame al	888.389.6648 Las llamadas a este número son gratuita, Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. al mediodía, hora del este Atención al cliente también cuenta con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. al mediodía, hora del este
Fax	616.975.8867

Solicitudes de pago por medicamentos de la Parte D - información de contacto

Escriba	Medicare Parte D, MS 1260 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
Sitio web	<i>priorityhealth.com/vintage26</i>

SECCIÓN 2 **Cómo obtener ayuda de Medicare**

Medicare es el programa federal de seguro médico destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen Enfermedad Renal Terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

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

Medicare - Información de contacto

Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chat en vivo en <i>www.Medicare.gov/talk-to-someone</i> .
Escriba	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	<i>www.Medicare.gov</i> • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos que participan en Medicare u otros proveedores de suministros y proveedores de atención médica.

Medicare - Información de contacto

- Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas, y visitas anuales de “bienestar”).
- Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.
- Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, centros de convalecencia, hospitales, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de cuidado a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

También puede visitar www.Medicare.gov para comunicarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS).

Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en 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.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En Michigan, el SHIP se llama Programa de Asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAAP).

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

Los asesores del Programa de Asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAAP) pueden ayudarlo a comprender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAAP) también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)

Una organización para la mejora de la calidad (QIO) designada atiende a personas con Medicare en cada estado. Para Michigan, la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Livanta LLC.

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

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con la Livanta LLC en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió. Ejemplos de preocupaciones sobre la calidad de la atención incluyen obtener el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Considera que la cobertura de su hospitalización termina demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de los servicios de atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) termina demasiado pronto.

Livanta LLC – Información de contacto

Llame al	888.524.9900 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local. Fines de semana/feriados, de 10:00 a. m. a 4:00 p. m.
TTY	888.985.8775 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba	Livanta LLC, BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
Sitio web	livanta.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un

ingreso superior. Si usted recibió una carta del Seguro Social en la que se le dice que debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos bajaron a causa de un evento que cambió sus circunstancias de vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar que se reconsidere su caso.

Si se muda o cambia de dirección postal, póngase en contacto con el Seguro Social para comunicárselo.

Seguro Social - información de contacto

Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
Sitio Web	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros gastos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).

- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

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

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan – Información de contacto	
Llame al	517.241.3740 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	844.578.6563 Las personas con discapacidad auditiva pueden comunicarse con el Centro de Retransmisión de Michigan al 711 y solicitar el número indicado anteriormente. Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba	Michigan Department of Health and Human Services 333 S. Grand Ave. P.O. Box 30195 Lansing, Michigan 48909
Sitio web	michigan.gov/mdhhs

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre formas de reducir los costos de los medicamentos recetados. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

“Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare.

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado “Ayuda adicional” (Extra Help) que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos a las personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y el copago de los medicamentos. La “Ayuda adicional” (Extra Help) también cuenta para los gastos de su bolsillo que paga.

Si califica automáticamente para la “Ayuda adicional” (Extra Help), Medicare le enviará una carta de color morado para informárselo. Si no reúne los requisitos automáticamente, puede

presentar su solicitud en cualquier momento. Para saber si es elegible para recibir “Ayuda adicional” (Extra Help):

- Visite <https://secure.ssa.gov/i1020/start> para presentar una solicitud en línea
- Llame al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicite “Ayuda adicional” (Extra Help), también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted les diga que no lo hagan en la solicitud de “Ayuda adicional” (Extra Help).

Si califica para recibir “Ayuda adicional” (Extra Help) y cree que está pagando un monto incorrecto por sus medicamentos recetados en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarlo a compartir esta evidencia con nosotros.

- El plan primero verificará el sistema CMS para ver si hay un estado actualizado del subsidio por ingresos bajos (Lis). Si el sistema CMS no indica un estado de LIS, el plan requerirá uno de los siguientes:
 - Una copia de su tarjeta de Medicaid;
 - Una copia de un documento estatal que contenga el estado de Medicaid;
 - Otra documentación proporcionada por el Estado que muestre el estado de Medicaid, como una carta;
 - Remesas de una institución que muestre pagos de Medicaid; o
 - Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid a un centro.

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

- Cuando obtengamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el monto correcto la próxima vez que obtenga sus medicamentos recetados. Si paga de más por su copago, le reembolsaremos el monto correspondiente, ya sea mediante un cheque o un crédito de copago para usar más adelante. Si la farmacia no le cobró el copago y adeuda este monto, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, llame a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Qué sucede si recibe “Ayuda adicional” (Extra Help) y tiene cobertura de un State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar medicamentos recetados, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP), la “Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare paga primero.

Programa de Asistencia para Medicamentos de Michigan (MIDAP) – Información de contacto

Llame al	888.826.6565 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.
Escriba	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan P.O. Box 30727 Lansing, MI 48909
Sitio web	medicare.gov/plan-compare/#/pharmaceutical-assistance-program/states

¿Qué sucede si tienes Ayuda adicional y cobertura de un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el ADAP califican para la asistencia a través del Michigan HIV/AIDS Drug Assistance Program (MIDAP) para costo compartido de medicamentos recetados.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción del ADAP local para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al 888.826.6565.

Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

En Michigan, el Programa estatal de asistencia farmacéutica se llama Programa de Asistencia para Medicamentos de Michigan (MIDAP).

Programa de Asistencia para Medicamentos de Michigan (MIDAP) – Información de contacto

Llame al	888.826.6565 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.
-----------------	--

Programa de Asistencia para Medicamentos de Michigan (MIDAP) – Información de contacto

Escriba	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan P.O. Box 30727 Lansing, MI 48909
Sitio web	medicare.gov/plan-compare/#/pharmaceutical-assistance-program/states

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona de forma conjunta con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo correspondientes a los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del **año calendario** (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si participa en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con Atención al cliente al 866.845.1803 (los usuarios de TTY deben llamar al 800.716.3231) o visite www.Medicare.gov.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare – Información de contacto

Llame al	866.845.1803 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Atención al cliente también cuenta con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	800.716.3231 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Escriba	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 2 Saint Louis, MO 63166

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare – Información de contacto

	Esta dirección solo se debe utilizar para consultas generales. Se proporcionarán direcciones adicionales para los formularios de elección en papel y para el proceso de pago.
Sitio web	https://express-scripts.com/mppp

SECCIÓN 8 **La Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB)**

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

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) – Información de contacto

Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas Presione “3” para hablar con un representante de la RRB de 9 a.m. a 3 p.m. todos los días de la semana. 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 feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 **Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador**

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar

acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan. Usuarios de TTY llaman 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar de nuestro plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 **Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan**

En este capítulo, se explican los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo obtener cobertura de nuestro plan para atención médica. Para obtener detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 **Los proveedores de la red y los servicios cubiertos**

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

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

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

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

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** en el Capítulo 4.

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, equipos o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinde y supervise su atención médica.** Como miembro del plan, debe elegir dentro de la red a elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - Su PCP de la red puede recomendar otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Esto se denomina darle a usted una remisión. Para obtener más información, consulte la sección 2.3.
 - No se requieren PCP referidos de su.
- **Puede recibir atención de proveedores dentro y fuera de la red, sin embargo, generalmente pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red** (para obtener más información sobre esto, visite la sección 2 en este capítulo). Cuando reciba atención de un proveedor de la red, estará cubierto por su beneficio dentro de la red (HMO). Si recibe cuidado de un proveedor fuera de la red, estará cubierto por su beneficio fuera de la red (pos, por sus siglas en inglés). Hay 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre la atención médica en casos de emergencia o los servicios que se necesitan con urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para saber cuáles son los servicios de emergencia o que se necesitan con urgencia, consulte la sección 3.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare requiere que nuestro plan brinde cobertura, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esta atención, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. **Es necesario obtener una autorización previa Priority Health Medicare antes de buscar atención.** En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor fuera de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o no se puede acceder a él temporalmente. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

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

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

Cuando se convierte en miembro de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS), su primer paso es elegir un proveedor de cuidado primario (PCP). PCP Puede ser un médico de familia, un médico general, un médico de medicina interna, un obstetra/ginecólogo, una enfermera especializada y/o un médico asistente que trabaje en un entorno de atención primaria que cumpla con los requisitos del estado y esté capacitado para brindarle atención médica básica en un entorno de atención primaria. Su PCP es su socio para ayudarlo a mantenerse saludable y lo ayudará a aprender a tomar el control de su salud. Debido a que él o ella conoce su historial de salud, puede obtener la atención que necesita cuando la necesita.

Su PCP puede ayudar a organizar o coordinar sus servicios, incluida la consulta con otros proveedores sobre su atención y cómo está funcionando. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, puede obtener una recomendación de su PCP para consultar a un especialista u otro proveedor. Esto puede incluir radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, admisiones hospitalarias y atención de seguimiento. En algunos casos, PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación previa) de nosotros. Consulte el Capítulo 4 para obtener detalles sobre los servicios que requieren una autorización previa. Como su PCP será el que proveerá y coordinará su atención médica, deberá encargarse de que todos sus expedientes médicos anteriores sean enviados al consultorio de su PCP.

¿Cómo elige al PCP?

A se PCP puede buscar a través de la herramienta Find-a-Doctor en [**priorityhealth.com/member/getting-care/find-a-doctor**](https://priorityhealth.com/member/getting-care/find-a-doctor) y luego se actualiza a través de su portal para miembros.

Encontrará una lista PCPde opciones para elegir en nuestro sitio web[**priorityhealth.com/vintage26**](https://priorityhealth.com/vintage26). Si necesita una copia impresa de nuestra lista de PCPs, o si necesita ayuda para elegir unaPCP, comuníquese conAtención al cliente.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y cuando lo desee. También es posible que su PCP salga de la red de proveedores de nuestro plan y, en ese caso, deberá buscar un nuevo PCP.

Para cambiar suPCP, comuníquese Atención al cliente o realice el PCP cambio en línea a través de su cuenta de miembro en[**priorityhealth.com/vintage26**](https://priorityhealth.com/vintage26). Cuando solicite un cambio en tuPCP, lo haremos de inmediato.

Sección 2.2 Atención médica que puede obtener sin la recomendación de PCP

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

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19 vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios que se necesitan de urgencia y que están cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

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

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

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares
- Puede pedirle PCP que le recomiende especialistas y otros proveedores de la red, o puede buscarlos por su cuenta. Si no está seguro de si el proveedor participa en nuestro plan, llame Atención al cliente al 888.389.6648 o visite [***priorityhealth.com/vintage26***](https://priorityhealth.com/vintage26) y use nuestra herramienta Encontrar un médico. Recuerde que cuando utilice proveedores de la red, pagará menos. Cuando usa proveedores fuera de la red,

pagará un deducible y podría pagar un costo compartido más alto por el mismo servicio.

- Se pueden aplicar requisitos de autorización previa para algunos servicios, ya sean obtenidos dentro o fuera de la red. Consulte Capítulo 4, Sección 2, para obtener detalles sobre los servicios que requieren autorización previa. Las decisiones de autorización previa las toman Priority Health Medicare y otras entidades delegadas. Para obtener una autorización previa, usted o su proveedor deben comunicarse con Priority Health Medicare. Puede comunicarse con Atención al cliente al 888.389.6648 para obtener más información sobre los requisitos de autorización previa y cómo solicitar la autorización previa de un servicio.

Es importante saber qué es lo que Medicare cubrirá o no. Asegúrese de preguntar a su proveedor dentro de la red si un servicio está cubierto. Deben informarle verbalmente cuando Medicare no cubra un servicio.

Cuando un un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le informaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si cualquiera de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si se le asigna el proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los visitó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.
- Si se está sometiendo a un tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con costos compartidos dentro de la red.

- Si se entera de que su médico o especialista abandona nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor que coordine su atención.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se maneja adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la QIO, un reclamo sobre la calidad de la atención a nuestro plan o ambos (consulte el el Capítulo 9).

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

Como afiliado de nuestro plan, puede usar el beneficio de punto de servicio (pos, por sus siglas en inglés) si elige recibir atención de proveedores fuera de la red (aquellos que no tienen contrato con nuestro plan) cuando se encuentre en la península baja de Michigan. A continuación, se indican algunas cosas importantes que debe saber:

- Consulte con el proveedor fuera de la red para confirmar su participación en Medicare. Excepto en ciertas situaciones, no podemos pagar a un proveedor que ha optado por no participar en Medicare o que figura en una de las listas de exclusión de Medicare. Consulte Capítulo 4, Sección 1.4 para obtener más información sobre cuándo los proveedores no pueden facturarle el saldo.
- Cuando reciba servicios de un proveedor fuera de la red en la península baja de Michigan, pagará el costo compartido fuera de la red como se define en Capítulo 4, Sección 2.
- Antes de recibir servicios, le recomendamos a usted o al proveedor que confirmen que los servicios que va a recibir estén cubiertos y sean necesarios por razones médicas. Esto es importante por lo siguiente:
 - Se aplican requisitos de autorización previa para algunos servicios, consulte Capítulo 4, Sección 2 para obtener detalles adicionales.
 - Si posteriormente determinamos que los servicios no están cubiertos o no eran necesarios por razones médicas, podemos denegar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si decimos que no pagaremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir la atención. Consulte el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja) para saber cómo apelar.
- Lo mejor es pedirle a un proveedor fuera de la red en la península baja Michigan que primero le facture al plan. Si ya pagó los servicios, puede solicitarnos un reembolso; le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde por los servicios cubiertos por el plan. O, si le envían una factura que cree que deberíamos pagar, puede enviárnosla para el pago. Consulte el Capítulo 7 (Solicitar al plan que pague su parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.
- Los proveedores fuera de la red no tienen contrato con nosotros, no tienen obligación de tratarlo, excepto en situaciones de emergencia. Es importante saber qué es lo que

Medicare cubrirá o no. Asegúrese de preguntar a su proveedor si un servicio está cubierto.

Puede utilizar la opción de beneficios de viaje, cuando elija recibir atención fuera de la península inferior de Michigan (dentro de los EE. UU. y sus territorios), y su costo será el mismo que si estuviera utilizando un proveedor dentro de la red. Consulte Capítulo 4, Sección 2.2 (Cómo recibir atención utilizando el Pase de viaje de salud prioritario de nuestro plan) para obtener más información.

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda a la brevedad posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano, o bien llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión del PCP. No necesita acudir a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, así como cobertura de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llámenos al 888.389.6648 (TTY 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. al mediodía, hora del este para brindarle ayuda.

Servicios cobiertos en caso de una emergencia médica

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

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

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 atendiéndole hasta que se comuniquen con nosotros y elaboren un plan para prestar atención médica adicional. Nuestro plan cubrirá dicha atención de seguimiento. Su beneficio dentro de la red se aplicaría para la atención de seguimiento aguda médicamente necesaria después de una emergencia o un evento de atención de urgencia si la atención no se puede retrasar sin efectos médicos adversos. Su beneficio fuera de la red (o POS) se aplicaría para la atención de seguimiento aguda después de una emergencia o evento de atención de urgencia si la atención se puede retrasar sin efectos médicos adversos y usted es física o razonablemente capaz de recibir atención de proveedores contratados. El beneficio fuera de la red (o POS) se aplica para el tratamiento o la atención de seguimiento de una afección crónica o existente. Ingrese en el Capítulo 4.

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

A veces, es difícil determinar si se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría ir en busca de atención de emergencia creyendo que su salud está en grave peligro y el médico puede decir que no era una emergencia médica después de todo. Si resulta que no se trataba de una emergencia médica, siempre que usted haya creído razonablemente que su salud corría grave peligro, cubriremos la atención médica recibida.

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

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

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

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura de nuestro plan, o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Algunos ejemplos de que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Cuando surja una situación urgente (no emergente) y se necesiten servicios, diríjase a un centro de cuidado urgente. También puede comunicarse con su Proveedor de Cuidados

Primarios (PCP) para obtener instrucciones. Es PCP posible que lo vea en su oficina o le sugiera que vaya a un centro de atención de urgencia participante para recibir tratamiento. Algunos hospitales tienen centros de atención de urgencia a los que puede acceder. Usted también puede comunicarse Atención al cliente.

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

Sección 3.3 **Cómo obtener atención durante un desastre**

Si el gobernador de su estado, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., o el Presidente de los Estados Unidos declara el estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite priorityhealth.com/vintage26 para obtener información sobre cómo recibir el cuidado médico necesario durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener cuidado médico de proveedores fuera de la red en dentro de la red costo compartido. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Ingrese en Capítulo 5, Sección 2.4.

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

Si pagó un monto mayor que el costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Vaya a el Capítulo 7 para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.1 **Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total**

PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios que se encuentran en la Tabla de beneficios médicos en Capítulo 4. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que se haya alcanzado un límite de beneficios, cualquier servicio adicional más allá del límite de beneficios no contará para su máximo de gastos de bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Los médicos y científicos realizan estudios de investigación clínica (también llamados *ensayos clínicos*) para probar nuevos tipos de atención médica, como observar la acción de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico aprobado, solo deberá pagar los costos compartidos dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó de más, por ejemplo, si ya pagó los costos compartidos de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Deberá presentar la documentación que demuestre cuánto pagó.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. No es necesario que los proveedores que le proporcionan atención médica como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia [NCDs-CED] y estudios de exención de dispositivos en investigación [IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

Si bien no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que debe informarnos con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos aprobados por Medicare.

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

Sección 5.2 Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica

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

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.

- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre la cantidad que ha pagado por costo compartido. Consulte Capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría \$20 de copago según lo requiere Original Medicare. Luego, deberá notificar a su plan que ha recibido un servicio en un ensayo clínico calificado y presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan. El plan luego le pagaría directamente a usted \$10. Por lo tanto, el pago neto es \$10, el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentar la documentación a su plan, como la factura del proveedor.

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

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

Obtenga más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica en la publicación de *Medicare y los estudios de investigación clínica* de Medicare disponibles en 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.

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

Sección 6.1 **Una institución religiosa de atención sanitaria no médica**

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

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

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

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

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - Y debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Consulte el cuadro de beneficios en Capítulo 4, Sección 2, Cuadro de beneficios médicos, en Cuidado de hospitalización para obtener información sobre costos compartidos. Tiene días de hospitalización ilimitados para este beneficio.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No será suyo ningún equipo médico duradero luego de realizar determinado número de pagos bajo nuestro plan

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

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. **Como afiliado de PriorityMedicare Vintage (HMO-POS), puede adquirir la titularidad de ciertos artículos de equipo médico duradero alquilados mientras sea afiliado de nuestro plan después de 13 pagos consecutivos.** Llame a Atención al cliente al 888.389.6648. (TTY los usuarios llaman 711) para obtener más información.

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

Si no obtuvo la titularidad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Medicare Original para ser propietario del artículo de DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan como parte de estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que usted hizo en Medicare Original no cuentan. Tendrá que realizar trece (13) pagos a nuestro plan antes de poseer el artículo.

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

Sección 7.2 Normas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno

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

Si deja **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) o ya tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver.

¿Qué sucede si abandona el plan y regresa a Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de cinco años, puede elegir seguir con la misma compañía o cambiarse a otra. En este momento, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar, aunque siga con la misma compañía, y usted debe pagar copagos los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo deja, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos

(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

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

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos también se detallan los límites para ciertos servicios.

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

Los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos incluyen:

- **Deducible:** el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. (La Sección 1.2 brinda más información acerca del deducible de nuestro plan).
- **Copago:** la cantidad fija que pagas cada vez que recibes ciertos servicios médicos. El copago se paga en el momento en que recibes el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos proporciona más información sobre tus copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que pagas del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibes el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos te proporciona más información sobre tu coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no pagar deducibles, copagos ni coseguros. Si estás en uno de estos programas, asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB.

Sección 1.2 Nuestro deducible del plan

Su deducible fuera de la red (POS) es de \$1,500. Hasta que haya pagado el deducible, nosotros comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de los servicios médicos

cubiertos y usted pagará su parte (su monto de copagos o coseguro) por el resto del año calendario.

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

- OTC Plus
- Servicios de ambulancia fuera de la red
- Atención de emergencia fuera de la red
- Insulina de la Parte B de Medicare fuera de la red
- Servicios de acupuntura de rutina y cubiertos por Medicare fuera de la red
- Vacunas cubiertas por Medicare fuera de la red
- Servicios dentales no cubiertos por Medicare fuera de la red
- Servicios de la audición de rutina no cubiertos por Medicare fuera de la red
- Atención de la vista de rutina no cubierta por Medicare, fuera de la red, incluidos exámenes y anteojos
- Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios fuera de la red
- Servicios urgentemente necesarios fuera de la red
- Worldwide Travel Assistance Program

Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto total que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP) para servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto del MOOP es \$5,600.**

Las sumas que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para el cálculo de este monto máximo de su bolsillo. Las cantidades que paga por las primas del plan y los medicamentos de la Parte D no cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. De igual manera, los montos que pague por ciertos servicios no se cuentan para el monto máximo de gastos de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza la cantidad máxima de gastos de bolsillo de \$5,600, no deberá pagar ningún otro gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague la prima de la Parte B por usted).

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

Como miembro de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS), tienes una protección importante porque después de cumplir con cualquier deducibles, solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí les como funciona la protección contra la facturación por saldo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso nuestro plan (esto está establecido en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o para emergencias o servicios de urgencia).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión, o para emergencias o para servicios urgentemente necesarios fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra tus beneficios y costos médicos

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

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura por Medicare.

- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención médica de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red le costará más, a menos que se trate de una emergencia o de atención urgente.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) brindando y supervisando su atención.
- Algunos servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos se cubren *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene con la aprobación de nuestra parte por adelantado (a veces denominada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos por el símbolo de marca de **verificación y una nota al pie**. Estos servicios no enumerados en el Cuadro de beneficios médicos también requieren autorización previa, [***priorityhealth.com/vintage26***](https://priorityhealth.com/vintage26).

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2026* (Medicare y Usted 2026). También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Información importante sobre los beneficios para afiliados con afecciones crónicas

- Para calificar para los Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI), debe ser diagnosticado con una o más de las siguientes afecciones crónicas, estar en alto riesgo de hospitalización u otros resultados de salud adversos y requerir coordinación de cuidados intensivos.
 - Dependencia crónica del alcohol y otras drogas

- Trastornos autoinmunes limitados a: Poliarteritis nodosa, polimialgia reumática, polimiositis, dermatomiositis, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y esclerodoma
- Cáncer
- Trastornos cardiovasculares limitados a: Arritmias cardíacas, enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular periférica
- Enfermedad gastrointestinal crónica: enfermedad hepática crónica, enfermedad de hígado graso no alcohólico (NAFLD), hepatitis B hepatitis C, pancreatitis, síndrome de colon irritable, enfermedad inflamatoria intestinal
- Enfermedad renal crónica (CKD) ERC que requiere diálisis/Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) (SDRD, por sus siglas en inglés), ERC que no requiere diálisis
- Demencia
- Diabetes mellitus, prediabetes (glucosa en ayunas: 100-125 mg/dl o Hgb A1c: 5.7-6.4
- Atención posterior al trasplante de órganos
- Trastornos hematológicos graves limitados a: Anemia aplásica, hemofilia, púrpura trombocitopénica inmunológica, síndrome mielodisplásico, anemia falciforme (excluyendo el rasgo falciforme) y trastorno tromboembólico venoso crónico
- VIH/SIDA
- Condiciones que pueden causar desafíos funcionales similares y requieren servicios similares: lesión de la médula espinal, parálisis, pérdida de extremidades, accidente cerebrovascular, artritis, condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato, condiciones que requieren terapia continua, servicios para que las personas mantengan o mantengan el funcionamiento
- Trastorno pulmonar crónico limitado a: Asma, bronquitis crónica, enfisema, fibrosis pulmonar e hipertensión pulmonar
- Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes limitadas a: Trastornos bipolares, trastornos depresivos graves, trastorno paranoide, esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastornos alimentarios y trastornos de ansiedad
- Trastornos neurológicos limitados a: Esclerosis lateral amiotrófica (ELA), 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, lesión cerebral traumática
- Accidente cerebrovascular

- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
- Condiciones que pueden causar deterioro cognitivo: Enfermedad de Alzheimer, discapacidades intelectuales y del desarrollo, lesión cerebral traumática, enfermedad mental incapacitante asociada con deterioro cognitivo, deterioro cognitivo leve.
- Hipertensión crónica
- Osteoporosis
- Dolor de espalda crónico
- Para obtener más detalles, consulte la fila de *Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas* en el Cuadro de Beneficios Médicos a continuación.
- Comuníquese con nosotros para conocer exactamente a qué beneficios puede tener derecho.



Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.



Esta estrella está junto a los beneficios que ofrece nuestro plan más allá de lo que cubre Medicare Original.



Esta marca de verificación es cuando un beneficio requiere autorización previa.



Este asterisco estará en los servicios que no se aplican a la cantidad máxima de gastos de bolsillo.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una recomendación de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.	50% del costo total para este cribado preventivo. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: A efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • dura 12 semanas o más; • que es inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no asociado a ninguna enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • que no está asociado con cirugía; y • que no está asociado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que muestren mejoría. No pueden administrarse más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en 1861[r][1] de la Ley de Seguro Social [a Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), los profesionales de enfermería (NP)/ especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifica en 1861[aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • una maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de	\$20 copago por cada servicio cubierto por Medicare. Las visitas al consultorio relacionadas con los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare <u>no están</u> cubiertas.	\$20 copago por cada servicio cubierto por Medicare. No aplica un deducible. Las visitas al consultorio relacionadas con los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare <u>no están</u> cubiertas.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (continuación) una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un Estado, Territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o District of Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) §§410.26 y 410.27.		
 Consultas de acupuntura de rutina no cubiertas por Medicare Visitas de acupuntura de rutina (limitadas a 6 visitas dentro o fuera de la red) para otras afecciones, tales como; dolores de cabeza, ansiedad, problemas para dormir, osteoartritis, efectos secundarios de la quimioterapia y trastornos respiratorios.	\$20 copago por cada visita de acupuntura no cubierta por Medicare, hasta 6 visitas todos los años.	\$20 copago por cada visita de acupuntura no cubierta por Medicare, hasta 6 las visitas todos los años. No aplica un deducible.
Vacunas y sueros antialérgicos Usted tiene cobertura de vacunas antialérgicas y suero (antígeno) de la Parte B cubierto por Medicare cuando sea necesario por razones médicas. Es posible que se aplique un copago/ coseguro especializado, consulte "Servicios del médico/profesional"	Hasta 20% del costo total por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare que se obtenga en el consultorio de un proveedor.	Hasta 20% del costo total por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare que se obtenga en el consultorio de un proveedor. No aplica un deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Vacunas y sueros antialérgicos (continuación) médico, incluidas las visitas al consultorio médico". Nota: Para las pruebas de alergia cubiertas por Medicare, consulte "Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios".		
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sean para una situación de emergencia o para una situación que no sea de emergencia, incluyen servicios de traslado en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda brindar atención a miembros con afecciones médicas para las cuales otros medios de transporte puedan poner en riesgo la salud del paciente o si lo autoriza nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos son para una situación que no es de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario. ★ Cubrimos los servicios de ambulancia que no resulten en un transporte a una instalación si usted está estabilizado en su casa u otro lugar. Este servicio no está cubierto fuera de los EE. UU. y sus territorios. ★ Los servicios de ambulancia de emergencia prestados fuera de los Estados Unidos y sus territorios	\$270 copago para cada transporte de ambulancia de ida cubierto por Medicare. \$270 copago para cada estabilización en ambulancia no cubierta por Medicare cuando no hay transporte. El costo compartido fuera de la red se aplicará a cuenta del máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red. No aplica un deducible.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios de ambulancia (continuación) están cubiertos cuando se brindan en conexión con un transporte de emergencia. Se realiza el pago por los servicios de ambulancia necesarios que cumplan con los demás requisitos de cobertura del programa Medicare y que se presten en conexión con un centro de atención de emergencia. ✓ <i>Puede que se apliquen reglas de autorización previa.</i>		
 Examen físico preventivo anual Debido a que usted es miembro de este plan, si el propósito de la cita es su examen anual programado, no se le cobrará por la visita al consultorio sin importar cuánto se discuta. Esta es una oportunidad para que usted y su médico hablen sobre cualquier inquietud o pregunta que puedan tener. El examen físico preventivo anual NO incluye análisis de laboratorio ni vacunas. Consulte "Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios" e "Inmunizaciones" para conocer los costos compartidos.	\$0 copago por un examen físico preventivo anual.	50% del costo total para un examen físico preventivo anual. Se aplica el deducible.
 Visitas anuales de bienestar Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede acceder a una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para visitas anuales de bienestar.	50% del costo total para la consulta anual de bienestar. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Visitas anuales de bienestar (continuación)  Al igual que el examen físico preventivo anual, no se le cobrará por la visita al consultorio, sin importar cuánto se discuta con su médico. La visita anual de bienestar NO incluye análisis de laboratorio ni vacunas. Consulte “ Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios ” e “ Inmunizaciones ” para conocer los costos compartidos. Nota: Su primera visita preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> . Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita de <i>Bienvenida a Medicare</i> para tener cobertura para visitas anuales de bienestar luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.		
 Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se requiere coseguro, copago o deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.	50% del costo total para las mediciones de masa ósea cubiertas por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre las edades de 35 y 39 años de edad • Una mamografía exploratoria cada 12 meses para aquellas mujeres de 40 años de edad y mayores • Exámenes mamarios clínicos cada 24 meses Se realiza una mamografía de detección de cáncer de mama (2D o 3D) cuando no tiene signos o síntomas (asintomáticos) de enfermedad de las mamas. Se realiza una mamografía de diagnóstico cuando tiene signos o síntomas de enfermedad en las mamas, antecedentes personales de cáncer de mama o antecedentes personales de enfermedad benigna de las mamas probada en biopsia. Si se le extirpa un bulto y se envía al laboratorio para su análisis, esto se considera diagnóstico, independientemente de si se realiza una mamografía de detección o una mamografía de diagnóstico. Consulte “Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos” .	No existe coseguro, copago o deducible para las mamografías exploratorias cubiertas.	50% del costo total por mamografías de detección. Se aplica el deducible.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que	\$10 copago por cada consulta por servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. \$10 copago por cada consulta por servicios intensivos de	50% del costo total por cada consulta de servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. 50% del costo total por cada visita de servicios de

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios de rehabilitación cardíaca (continuación) son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.	rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare. Se aplica el deducible.
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.	50% del costo total para el beneficio de terapia conductual intensiva cubierta por Medicare para la prevención de enfermedades cardiovasculares. Se aplica el deducible.
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.	50% del costo total para pruebas de enfermedad cardiovascular cubiertas por Medicare que se cubre una vez cada 5 años. Se aplica el deducible.
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.	50% del costo total para Papanicolaou y exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina (continuación) • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años y está en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Análisis del virus del papiloma humano (VPH) (como parte de un análisis de Papanicolaou) una vez cada 5 años si tienes entre 30 y 65 años y eres asintomático.		
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones • Las visitas al consultorio y radiografías relacionadas con un servicio cubierto por Medicare no están cubiertas	\$15 copago por cada servicio quiropráctico cubierto por Medicare.	50% del costo total por cada servicio quiropráctico cubierto por Medicare. Se aplica el deducible.
 Servicios quiroprácticos de rutina no cubiertos por Medicare Las visitas de rutina no cubiertas por Medicare se pueden utilizar para afecciones que incluyen, entre otras, dolor de espalda, dolor de cuello y dolores de cabeza. Limitado a visitas de rutina 12 no cubiertas por Medicare y una no cubierta por Medicare radiografía todos los años cuando se realiza dentro de la red.	\$15 copago por cada consulta de servicios quiroprácticos de rutina, hasta 12 todos los años. \$35 copago por servicios de radiografía no cubiertos por Medicare realizados una vez al año por un quiropráctico (pagaría esto además de su visita).	Los servicios quiroprácticos de rutina no están cubiertos.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, el manejo de la medicación y la coordinación y planificación de la atención.	El costo compartido de este servicio variará según los servicios individuales proporcionados durante el curso del tratamiento. \$0 copago por día, por proveedor para las evaluaciones del dolor realizadas en un consultorio del PCP. \$35 copago por día, por proveedor para las evaluaciones del dolor realizadas en un consultorio especializado. \$25 copago por día, por proveedor de fisioterapia o terapia ocupacional. \$0 copago para el manejo de medicamentos, la coordinación del cuidado y la planificación realizada una vez al mes.	El costo compartido de este servicio variará según los servicios individuales proporcionados durante el curso del tratamiento. 50% del costo total por día, por proveedor para las evaluaciones del dolor realizadas en un consultorio del PCP. 50% del costo total por día, por proveedor para las evaluaciones del dolor realizadas en un consultorio especializado. 50% del costo total por día, por proveedor de fisioterapia o terapia ocupacional. \$0 copago para la administración de medicamentos, la coordinación de la atención y la planificación realizada una vez al mes. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: - La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa de detección. - La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeto a un \$350 copago cuando se realiza en un hospital ambulatorio o \$350 copago cuando se realiza en un centro independiente.	50% del costo total por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeto a 50% del costo total cuando se realiza en un hospital ambulatorio o 50% del costo total cuando se realiza en un centro independiente. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente se sometió a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o tomografía computarizada. • Exámenes de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba de DNA en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroja un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección. Los exámenes de detección de irregularidades, problemas o síntomas médicos intestinales (sangrado, etc.), pólipos anteriores o el seguimiento de un Cologuard positivo u otra prueba no invasiva se consideran Colonoscopias de diagnóstico, por lo tanto, se puede aplicar el costo compartido. Consulte los beneficios de “Cirugía ambulatoria” y “Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos (laboratorios/patología)”. Una colonoscopia de detección es un procedimiento para encontrar pólipos de colon, cáncer u otras afecciones relacionadas con el colorrectal en personas sin signos ni síntomas. Una colonoscopia de detección puede convertirse en una colonoscopia de diagnóstico durante el procedimiento en sí, si eso ocurre, consulte “Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios provistos en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria” o “Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos” para conocer los costos compartidos. Se realiza una colonoscopia de diagnóstico para explicar los síntomas identificados por su médico (por		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) ejemplo, sangre en las heces, cambio en los movimientos intestinales, deficiencia de hierro debido a anemia, dolor abdominal persistente, etc.), porque le han realizado una colonoscopia previa que resultó en la extirpación de pólipos u otras afecciones colorrectales. Si su médico ordena una colonoscopia de diagnóstico, consulte “Cirugías ambulatorias, incluidos los servicios provistos en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria” o “Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos” para conocer los costos compartidos.		
Servicios odontológicos En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, concretamente cuando el servicio forma parte integral del tratamiento específico de la enfermedad primaria de la persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para un cáncer	\$0 copago para procedimientos quirúrgicos cubiertos por Medicare realizados por un médico/profesional en el consultorio de un proveedor. \$35 copago por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. \$350 copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria o centro hospitalario ambulatorio cubierto por Medicare.	50% del costo total para servicios dentales cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios odontológicos (continuación) que afecte la mandíbula o los exámenes bucales antes del trasplante de órganos. ✓ <i>Puede que se apliquen reglas de autorización previa.</i>		
 Servicios dentales no cubiertos por Medicare.* Los dentistas dentro de la red (participantes) son aquellos que pertenecen a la red PPO y Premier de Medicare Advantage de Delta Dental. Todos los demás dentistas se consideran dentistas fuera de la red (no participantes). Si el dentista que selecciona no es un dentista participante de Delta Dental Medicare Advantage, aún estará cubierto, pero es posible que tenga que pagar más. Puede encontrar dentistas participantes llamando al 800.330.2732 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes de 9 a.m. a 8 p.m. o busque en línea en deltadentalmi.com/Find-a-Dentist . Al acceder al Directorio de Odontólogos en línea de Delta Dental, debe seleccionar el enlace etiquetado como Delta Dental Medicare Advantage PPO y Delta Dental Medicare Advantage Premier. Para obtener detalles adicionales sobre sus beneficios dentales, vaya priorityhealth.com/vintage26 a para ver su certificado de cobertura (COC).	\$0 copago para 2 exámenes preventivos todos los años.* \$0 copago para 2 limpiezas (mantenimiento regular o periodontal) todos los años.* \$0 copago para 1 conjuntos (hasta 4 películas en una sola visita) de radiografías de aleta de mordida cada año.* \$0 copago para radiografías periapicales según sea necesario.* \$0 copago por una biopsia por cepillado cada año.* \$0 copago para radiografías (radiografías panorámicas o de toda la boca) una vez cada 2 años.* No aplica un deducible.	
 Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la	50% del costo total para una visita anual de prueba de

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Prueba de detección de depresión (continuación) detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	consulta anual de detección de depresión.	detección de la depresión. Se aplica el deducible.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.	50% del costo total para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para verificar la	\$0 copago para los servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare. \$0 copago para calzado o plantillas terapéuticas para la diabetes cubiertos por Medicare. \$0 copago para las tiras reactivas para	50% del costo total para calzado o plantillas terapéuticas para la diabetes cubiertos por Medicare. 50% del costo total para los servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare. 50% del costo total para suministros para

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación) precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. • Para otros equipos y suministros para diabéticos (por ejemplo: bombas de insulina y monitores continuos de glucosa (mcg)), consulte "Equipo médico duradero y suministros relacionados".	diabéticos limitadas a los productos Contour® y Accu-Chek® Guide cuando son dispensadas por una farmacia minorista o una farmacia de pedidos por correo. \$0 copago para todas las otras tiras reactivas para diabéticos cuando se obtienen a través de un proveedor de DME.	el control de la diabetes cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (Para ver una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar,	20% del costo total para equipos y suministros cubiertos por Medicare. Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es 20%, todos los meses. Su costo compartido no cambiará después	30% del costo total para equipos y suministros cubiertos por Medicare. Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es 30%, todos los meses. Su costo compartido no cambiará después

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (continuación) bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME que se consideren necesarios desde el punto de vista médico, que estén cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en el área no dispone de una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si podría pedirlo de manera especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en priorityhealth.com/vintage26. También seguimos las reglas de Medicare relacionadas con los criterios para la cobertura de artículos o suministros cubiertos por Medicare. Para algunos equipos, Medicare requiere una cierta cantidad de uso para continuar con el alquiler (por ejemplo, CPAP, etc.). Si no cumple con los requisitos de Medicare para el uso, es posible que no pueda continuar con el alquiler de este dispositivo. Debe obtener DME y suministros relacionados de un proveedor de DME con licencia. Consulte el Capítulo 3, Sección 7.2 para obtener más detalles sobre el equipo de oxígeno. ✓ <i>Puede que se apliquen reglas de autorización previa.</i>	de estar inscrito por 36 meses. Se le seguirá cobrando un costo compartido por el oxígeno; pero no el alquiler de la máquina. Si antes de inscribirse en PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) había realizado 36 meses de pagos de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) es de 20%.	de estar inscrito por 36 meses. Se le seguirá cobrando un costo compartido por el oxígeno; pero no el alquiler de la máquina. Si antes de inscribirse en PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) había realizado 36 meses de pagos de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) es de 30%. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), o la pérdida de una extrem o la función de una extrem Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no exper Una persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente. Gastos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que reciba fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red. Para obtener información sobre la observación, consulte "Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios".	\$130 copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. El costo compartido fuera de la red se aplicará hacia su desembolso personal máximo dentro de la red. El costo compartido de la atención de emergencia se elimina si lo ingresan en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección médica. <u>No aplica un deducible.</u>	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Atención de emergencia (continuación)  Tiene cobertura de atención de emergencia en los Estados Unidos y en todo el mundo. Nota: Si recibe medicamentos autoadministrados cubiertos por la Parte D de Medicare en una sala de emergencias, es posible que estén cubiertos por su beneficio de medicamentos recetados en este plan. Consulte Capítulo 6, Sección 7 para obtener más información sobre lo que sucede cuando recibe un medicamento de la Parte D en un entorno médico.		
 Control de enfermedades mejorado * La gestión de la atención está disponible para proporcionar educación, coordinación de la atención y apoyo para todas las afecciones de salud, con un énfasis particular en el manejo de afecciones crónicas. La gestión de la atención se centra en ayudar a los miembros a maximizar sus resultados de salud y sus capacidades funcionales, así como a mejorar su calidad de vida.	\$0 copago para mejorar los servicios de control de enfermedades.*	<u>No</u> está cubierto
 Programas educativos sobre salud y bienestar*  Estos son programas que se especializan en afecciones de salud tales como presión arterial alta, colesterol, asma, COPD, diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal y afecciones que requieren dietas especiales. También hay disponible apoyo para el estrés, la ansiedad y la depresión. Ofrecemos estos programas para mejorar la	\$0 copago para estos servicios.*	<u>No</u> está cubierto

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Programas educativos sobre salud y bienestar* (continuación) salud y los estilos de vida de nuestros miembros. • Control mejorado de enfermedades* • Educación para la salud* • Evaluación de seguridad en el hogar* • Educación nutricional* • Conciliación de medicamentos en el hogar después del alta* • Telemonitoreo* Para obtener más información, consulte el programa individual enumerado en esta tabla de beneficios médicos.		
 Educación para la salud * La educación para la salud incluye: • Acceso a Teladoc Health Mental Health para obtener apoyo emocional en línea durante tiempos difíciles. Regístrese para obtener una cuenta que incluya actividades interactivas, herramientas de afrontamiento y otros recursos, incluidas habilidades prácticas y apoyo comunitario inspirador en <u>priorityhealth.com/mentalhealth</u>. • ThinkHealth: su recurso en línea para obtener consejos sobre vida saludable, información sobre tendencias de atención médica y educación sobre seguros de salud, vaya a <u>thinkhealth.priorityhealth.com</u>. • Comunicaciones para ayudarle a comprender los beneficios de su plan y obtener el cuidado que necesita. • Programas para ayudarle a prevenir y/o controlar su (s) afección(es).	\$0 copago para estos servicios.*	<u>No</u> está cubierto

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Educación para la salud * (continuación) Acceso a un centro en línea personalizado con información y herramientas adaptadas a sus necesidades específicas de salud y bienestar: físicas, mentales y financieras. Puede lograr sus objetivos de salud con una experiencia divertida y atractiva que ofrece recursos poderosos, al alcance de su mano.		
Servicios auditivos Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor acreditado.	\$0 copago por cada examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare con un proveedor de atención primaria. \$35 copago por cada examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare con un especialista.	50% del costo total para cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio. Se aplica el deducible.
 Servicios para la audición de rutina no cubiertos por Medicare:* Hasta dos audífonos del Catálogo TruHearing aplicable cada año (límite de 1 audífono por oído). Debe ver a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio. Llame 833.714.5356 para programar una cita (para TTY, marque el 711). La compra de audífonos incluye: • Primer año de visitas de seguimiento al proveedor • Período de prueba de 60-días • Garantía extendida de 3 años	<u>Servicios cubiertos con un proveedor de TruHearing®:</u> \$0 copago por un examen auditivo de rutina por año*. Audífonos: usted paga lo siguiente: \$295 por audífono para audífonos Basic Aids* \$695 por audífono para audífonos Standard Aids*	<u>Servicios con un proveedor que no sea TruHearing®:</u> <u>Sin</u> cobertura.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Servicios para la audición de rutina no cubiertos por Medicare:* (continuación) 80 baterías por ayuda para modelos no recargables El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes: - Audífonos de venta libre (OTC) - Moldes para los oídos - Accesorios para audífonos - El proveedor adicional visita - Baterías adicionales; baterías cuando se compra un audífono recargable - Los audífonos que no están en el catálogo aplicable - Los costos asociados con las reclamaciones de garantía por pérdidas y daños Los costos asociados con los artículos excluidos son responsabilidad del afiliado y no están cubiertos por el plan. Para acceder a sus beneficios, debe contactarse con el TruHearing® proveedor. Solo llame 833.714.5356 desde lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. ET. Para obtener detalles adicionales sobre sus TruHearing® beneficios, vaya priorityhealth.com/vintage26 a para ver su certificado de cobertura (COC).	\$1,095 por audífono para audífonos Advanced Aids* \$1,495 por audífono para audífonos Premium Aids*	
 Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: Una prueba de detección cada 12 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.	50% del costo total para las pruebas de detección preventivas del VIH cubiertas por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Prueba de detección de VIH (continuación) Para mujeres embarazadas, cubrimos: Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo		
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: - Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). - Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla - Servicios médicos y sociales - Equipo y suministros médicos Nota: Los suministros médicos ordenados por un médico, como el equipo DME, no están cubiertos por el beneficio de salud en el hogar. Consulte	\$0 copago por los servicios de atención médica en el hogar cubiertos por Medicare.	\$0 copago para los servicios de atención médica en el hogar cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Atención médica a domicilio (continuación) "Equipo médico duradero y suministros relacionados" para obtener más detalles.		
Tratamientos de infusión a domicilio Los tratamientos de infusión en el hogar abarcan la administración por vía intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar un tratamiento de infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los centros de atención de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención médica • Capacitación y educación del paciente no cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de tratamientos de infusión en el hogar y suministro de medicamentos para infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado de tratamientos de infusión en el hogar Este beneficio incluye suministros/ servicios asociados con medicamentos de infusión en el hogar. Solo los	\$0 copago para suministros de infusión en el hogar, servicios y medicamentos.	\$0 copago para suministros de infusión en el hogar, servicios y medicamentos. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Tratamientos de infusión a domicilio (continuación) medicamentos enumerados en el formulario con la designación "HI" están cubiertos bajo este beneficio de terapia de infusión domiciliaria. El costo compartido se aplicará a todos los demás medicamentos administrados en el hogar, consulte “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”. ✓ <i>Puede que se apliquen reglas de autorización previa.</i>		
Atención en un hospicio Usted es elegible para recibir los beneficios del centro de cuidado paliativo cuando su médico y el director médico del centro de cuidado paliativo le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de hospicio puede ser un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor • Servicios de cuidados de relevo a corto plazo • Cuidado en el hogar	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Original Medicare, es Original Medicare y no quien paga los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal PriorityMedicare Vintage (HMO-POS). \$0 copago para una consulta inicial de cuidados paliativos cubierta por Medicare.	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Original Medicare, es Original Medicare y no quien paga los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal PriorityMedicare Vintage (HMO-POS). 50% del costo total para una consulta inicial de hospicio cubierta por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Atención en un hospicio (continuación) Cuando usted ingresa en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del mismo. Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidado paliativo y cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidado paliativo, su proveedor de cuidado paliativo facturará a Medicare Original los servicios que Medicare Original paga. A usted se le facturará Medicare Original costo compartido. Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare no relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de que utilice un proveedor de la red de nuestro plan y de que siga las normas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa). • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, usted paga solo el costo compartido monto de nuestro plan por servicios dentro de la red		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Atención en un hospicio (continuación) Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga la cantidad costo compartido correspondiente a Medicare Original Para servicios que están cubiertos por el PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B: PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, ya sea que estén vinculados o no con un pronóstico terminal. Usted paga la costo compartido cantidad de nuestro plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal en un centro de cuidados paliativos, usted paga costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal en un centro de cuidados paliativos, usted paga Original Medicare costo compartido. Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. (Para obtener más información, consulte Capítulo 5, Sección 9.4. Nota: Si usted necesita cuidado médico no paliativo (cuidado médico no relacionado con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez)		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Atención en un hospicio (continuación) para los enfermos terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.		
 Inmunizaciones Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas (o vacunas) contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en el otoño e invierno, con inyecciones (o vacunas) adicionales contra la gripe/influenza si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas para el COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con los lineamientos de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte el Sección 8 del Capítulo 6 para obtener información adicional. Las vacunas cubiertas por nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D deben obtenerse, si es posible, en una farmacia de la red de vacunas, que se indica con una "v" en el <i>Directorio de proveedores/farmacias</i> . Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame Atención al cliente para obtener más información.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra neumonía, gripe/influenza, hepatitis B y COVID-19.	50% del costo total para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19. No aplica un deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Inmunizaciones (continuación) Cuando se reciba una inmunización cubierta por Medicare de la Parte D en el consultorio de un proveedor o en un entorno ambulatorio, usted pagará el costo de la inmunización y la administración al proveedor. Le reembolsaremos como se describe en Capítulo 6, Sección 8. Los ejemplos de vacunas de rutina cubiertas por nuestro beneficio de la Parte D incluyen la vacuna contra el herpes zóster (Zoster/Shingrix) y el tétanos (Td/Tdap).		
 Evaluación de la seguridad en el hogar* Un proveedor de cuidado de la salud realizará una evaluación de seguridad en el hogar si no califica para uno bajo el beneficio de cuidado de la salud en el hogar original de Medicare. La evaluación se centrará en los peligros médicos y de comportamiento, como su riesgo de caídas o lesiones y cómo prevenirlos e identificar y/o modificar los peligros domésticos en toda su casa.	\$0 copago para servicios de evaluación de la seguridad en el hogar.*	<u>Sin</u> cobertura.
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que lo admite formalmente en el hospital con la orden	Para hospitalizaciones de pacientes internados cubiertas por Medicare, usted paga: \$400 copago por día, los días 1-7. \$0 por días adicionales de hospitalización.	Por estadías hospitalarias cubiertas por Medicare, usted paga: 50% del costo total por hospitalización. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) de un médico. El día anterior al alta es su último día como paciente internado.  No hay límite en la cantidad de días que nuestro plan cubre. Su costo compartido hospitalario para pacientes hospitalizados se aplicará cada vez que sea admitido. Esto incluye cuando se transfiere de un centro a otro o dentro del mismo centro entre niveles de atención. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos y medicinas • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y habitación de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias • En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho procedimiento. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre - se incluye almacenamiento y administración. Cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados.  La cobertura comienza des de la primera pinta de sangre que necesita. • Servicios del médico Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. ✓ <i>Puede que se apliquen reglas de autorización previa.</i>		
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Existe un límite de 190 días, durante la vida del afiliado, para servicios de pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente. El límite de 190 días 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 preguntas.	Por hospitalizaciones de atención médica de la salud mental para pacientes internados cubiertas por Medicare, usted paga: \$275 copago por día, los días 1-6. \$0 por días adicionales de hospitalización.	Por estadías de atención de salud mental para pacientes hospitalizados cubiertas por Medicare, usted paga: 50% del costo total por hospitalización. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico (continuación) ✓ <i>Puede que se apliquen reglas de autorización previa.</i>		
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios del médico • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos	\$0 copago por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un centro para pacientes internados. \$0 copago para dispositivos y suministros protésicos cubiertos por Medicare recibidos del centro para pacientes internados o de un proveedor de servicios para pacientes ambulatorios cuando se implantan como parte de una cirugía. 20% del costo total para todos los otros dispositivos y suministros protésicos cubiertos por Medicare y DME cubiertos por Medicare recibidos de un proveedor de servicios para pacientes ambulatorios.	50% del costo total por los servicios cubiertos por Medicare recibidos del centro para pacientes hospitalizados. 30% del costo total para dispositivos y suministros protésicos cubiertos por Medicare recibidos de un centro para pacientes hospitalizados y dispositivos y suministros protésicos cubiertos por Medicare y DME recibidos de un proveedor ambulatorio. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación) • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluso ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla ✓ <i>Puede que se apliquen reglas de autorización previa.</i>		
 Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una orden del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional clínica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.	50% del costo total para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.	50% del costo total por el beneficio del MDPP. Se aplica el deducible.
Medicamentos de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que, por lo general, no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de médico, hospitalario ambulatorio o de centro de cirugía ambulatoria • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que toma con equipo médico duradero (como	Para ciertos medicamentos de la Parte B, es posible que se le pida que pruebe primero un medicamento diferente. Quimioterapia/radiación de la Parte B Hasta 20 % del costo total por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. Medicamentos de la Parte B obtenidos en el consultorio de un proveedor o en un entorno ambulatorio	Para ciertos medicamentos de la Parte B, es posible que se le pida que pruebe primero un medicamento diferente. Quimioterapia/radiación de la Parte B Hasta 20% del costo total por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. Medicamentos de la Parte B obtenidos en el consultorio de un proveedor o en un entorno ambulatorio

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) nebulizadores) autorizados por nuestro plan • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico acerca de qué exploraciones y pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento • Factores de coagulación que se autoadministra mediante una inyección, si tiene hemofilia • Medicamentos para trasplantes/ inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órganos. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifique que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento	Hasta 20% del costo total para cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. Medicamentos de la Parte B obtenidos en una farmacia/pedido por correo Hasta 20% del costo total por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. Puede haber un cargo por la administración del medicamento de la Parte B. La insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como bombas de insulina o monitores continuos de glucosa [CGM]) tendrá un límite de \$35. Usted pagará 20% y nunca pagará más que \$35 por un suministro de un mes.	Hasta 20% del costo total para cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. Medicamentos de la Parte B obtenidos en una farmacia/pedido por correo Hasta 20% del costo total por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. Puede haber un cargo por la administración del medicamento de la Parte B. Se aplica el deducible. La insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como bombas de insulina o monitores continuos de glucosa [CGM]) tendrá un límite de \$35. Usted pagará 20% y nunca pagará más que \$35 por un suministro de un mes. No aplica un deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
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 la supervisión adecuada - Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que se disponga de nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D lo hará con medicamentos - Orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas - Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • El sistema de pago para la ESRD de la Parte B de Medicare, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv[®] y el medicamento oral Sensipar[®] • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones. Inmunoglobulina (como Epogen[®], Procrit[®], Retacrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®], Darbepoetin Alfa, Mircera[®], o metoxi-polietilenglicol-epoetina beta) • Intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: <u>priorityhealth.com/DrugInfo</u> Haga clic en los criterios de autorización previa de Medicare Parte B. Cubrimos también algunas vacunas según la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D.		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) el Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D y las normas que deben seguirse para recibir cobertura para los medicamentos recetados. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el el Capítulo 6. ✓ <i>Puede que se apliquen reglas de autorización previa.</i>		
 Educación nutricional *. La educación nutricional general incluye clases individuales y grupales o sesiones de asesoramiento. Estos pueden ocurrir en el hogar o en un entorno ambulatorio y son proporcionados por un dietista registrado. Para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) o después de un trasplante de riñón, consulte “Terapia de nutrición médica”.	\$0 copago para la educación nutricional.*	<u>Sin</u> cobertura.
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su médico o profesional de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.	50% del costo total para la prueba de detección de obesidad y terapias preventivas. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas Consulte "Atención virtual" en esta tabla de beneficios médicos para obtener información sobre qué servicios de tratamiento de opioides virtuales están cubiertos.	\$20 copago para servicios de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.	50% del costo total para servicios del tratamiento de opioides cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre - se incluye almacenamiento y administración. Cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados.  La cobertura comienza des de la primera pinta de sangre que necesita. • Pruebas de diagnóstico no de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés) cuando su médico u otro proveedor de atención médica les ordena que traten un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias (por ejemplo, pruebas de alergia, pruebas genéticas, estudios del sueño) ✓ <i>Puede que se apliquen reglas de autorización previa.</i>	Ecografías y radiografía para pacientes ambulatorios \$35 copago por día, por proveedor para servicios de radiografía y ecografías cubiertos por Medicare. Servicios radiológicos terapéuticos \$25 copago por día, por proveedor de servicios cubiertos por Medicare (como tratamiento con radiación para el cáncer). Servicios radiológicos de diagnóstico \$210 copago, por día, por proveedor, para servicios cubiertos por Medicare (como MRI y CT). Suministros médicos 20% del costo total para suministros quirúrgicos, férulas, yesos y otros dispositivos cubiertos por Medicare.	Ecografías y radiografía para pacientes ambulatorios 50% del costo total por día, por proveedor para servicios de radiografía y ecografías cubiertos por Medicare. Servicios radiológicos terapéuticos 50% del costo total por día, por proveedor de servicios cubiertos por Medicare (como tratamiento con radiación para el cáncer). Servicios radiológicos de diagnóstico 50% del costo total, por día, por proveedor, para servicios cubiertos por Medicare (como MRI y CT). Suministros médicos 30% del costo total para suministros quirúrgicos, férulas, yesos y otros dispositivos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)	Servicios de laboratorio \$5 copago por día, por proveedor, para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.	Servicios de laboratorio 50% del costo total por día, por proveedor, para servicios cubiertos por Medicare.
	\$0 copago por día, por proveedor, para los servicios de laboratorio relacionados con anticoagulantes cubiertos por Medicare.	\$0 copago por día, por proveedor, para los servicios de laboratorio relacionados con anticoagulantes cubiertos por Medicare.
	Patología \$5 copago por día, por proveedor, para los servicios de patología cubiertos por Medicare.	Patología 50% del costo total por día, por proveedor, para los servicios de patología cubiertos por Medicare.
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico \$5 copago por día, por proveedor para pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare.	Pruebas y procedimientos de diagnóstico 50% del costo total por día, por proveedor para pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare.
	Servicios de sangre \$0 copago para sangre.	Se aplica el deducible. Servicios de sangre \$0 copago para sangre. No aplica un deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente internado o si puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando son solicitados por un médico u otra persona autorizada conforme a la ley estatal de licencias y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias. Nota: A menos que el proveedor indique por escrito su hospitalización, usted será considerado un paciente ambulatorio y, por lo tanto, deberá pagar los montos de la distribución de costos correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no tiene la certeza de ser un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE	\$130 copago por hospitalización para los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare, incluidos todos los servicios recibidos.	\$130 copago por hospitalización para los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare, incluidos todos los servicios recibidos. No aplica un deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Observación hospitalaria para pacientes externos (continuación) (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Nota: Si recibe medicamentos autoadministrados cubiertos por la Parte D de Medicare en un entorno ambulatorio, es posible que su beneficio de medicamentos recetados de este plan los cubra. Consulte Capítulo 6, Sección 7 para obtener más información sobre lo que sucede cuando recibe un medicamento de la Parte D en un entorno médico.		
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Laboratorio y pruebas de diagnóstico facturadas por el hospital • Cuidado de la salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento como paciente internado sin él • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital	\$350 copago por cada consulta en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. \$35 copago por cada servicio de atención de heridas para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare. Puede recibir otros servicios mientras se encuentra en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios. El costo compartido de	50% del costo total por cada consulta en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. 50% del costo total por cada servicio de atención de heridas para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare. Se aplica el deducible. Puede recibir otros servicios mientras se encuentra en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios. El costo compartido de

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse • Servicios de cuidado de heridas Nota: A menos que el proveedor indique por escrito su hospitalización, usted será considerado un paciente ambulatorio y, por lo tanto, deberá pagar los montos de la distribución de costos correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no tiene la certeza de ser un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Para obtener información sobre los servicios prestados en una clínica de salud rural, consulte “Clínica de salud rural” en esta Tabla de beneficios médicos. Nota: Si recibe medicamentos autoadministrados cubiertos por la Parte D de Medicare en un entorno ambulatorio, es posible que su beneficio de medicamentos recetados de este plan los cubra. Consulte Capítulo 6, Sección 7 para obtener más información sobre lo que sucede cuando recibe un medicamento de la Parte D en un entorno médico. ✓ <i>Puede que se apliquen reglas de autorización previa.</i>	esos servicios se puede encontrar en esta Tabla de beneficios médicos.	esos servicios se puede encontrar en esta Tabla de beneficios médicos.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Atención de salud mental para pacientes externos Entre los servicios cubiertos están incluidos: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, terapeuta profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta de familia y matrimonio autorizado (LMFT), enfermero practicante (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental que califique para Medicare dentro de lo permitido por la legislación estatal aplicable. Nota: Si recibe medicamentos autoadministrados cubiertos por la Parte D de Medicare en un entorno ambulatorio, es posible que su beneficio de medicamentos recetados de este plan los cubra. Consulte Capítulo 6, Sección 7 para obtener más información sobre lo que sucede cuando recibe un medicamento de la Parte D en un entorno médico. Consulte "Atención médica virtual" en esta tabla de beneficios médicos para obtener información sobre qué servicios están cubiertos.	\$20 copago para cada visita de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare. \$20 copago para cada visita de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare. \$20 copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental (no psiquiatra). \$20 copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental (no psiquiatra).	50% del costo total por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra. 50% del costo total por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra. 50% del costo total Usted paga por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental (no psiquiatra). 50% del costo total Usted paga por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental (no psiquiatra). Se aplica el deducible.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en	\$25 copago por cada consulta por terapia ocupacional cubierta por Medicare. \$25 copago por cada consulta de	50% del costo total por cada consulta por terapia ocupacional cubierta por Medicare. 50% del costo total por cada consulta por

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios de rehabilitación para pacientes externos (continuación) varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORFs).	fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.	terapia física y/o del habla cubierta por Medicare. Se aplica el deducible.
Servicios por trastornos por uso de sustancias tóxicas para pacientes externos Los servicios médicamente necesarios para tratar el abuso de alcohol o drogas están cubiertos cuando se brindan en un entorno ambulatorio (es decir, consultorio del proveedor, clínica o departamento ambulatorio del hospital). Nota: Si recibe medicamentos autoadministrados cubiertos por la Parte D de Medicare en un entorno ambulatorio, es posible que su beneficio de medicamentos recetados de este plan los cubra. Consulte Capítulo 6, Sección 7 para obtener más información sobre lo que sucede cuando recibe un medicamento de la Parte D en un entorno médico.	\$20 copago por cada consulta por terapia individual cubierta por Medicare. \$20 copago por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.	50% del costo total por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare. 50% del costo total por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare. Se aplica el deducible.
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos	Para servicios cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria, usted paga \$350 copago. Por los servicios cubiertos por Medicare en un	Para servicios cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria, usted paga 50% del costo total. Por los servicios cubiertos por Medicare en un

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios (continuación) que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos de costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Nota: Si recibe medicamentos autoadministrados cubiertos por la Parte D de Medicare en un entorno ambulatorio, es posible que su beneficio de medicamentos recetados de este plan los cubra. Consulte Capítulo 6, Sección 7 para obtener más información sobre lo que sucede cuando recibe un medicamento de la Parte D en un entorno médico. ✓ <i>Puede que se apliquen reglas de autorización previa.</i>	centro hospitalario para pacientes ambulatorios, usted paga \$350 copago.	centro hospitalario para pacientes ambulatorios, usted paga 50% del costo total. Se aplica el deducible.
 OTC Plus* Hay tres maneras de usar su tarjeta OTC Plus para comprar artículos de venta libre (OTC), dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño. Haga su pedido en línea. Consulte y compre productos en línea en cualquier momento en <u>PriorityHealth.com/shopOTC</u> o descargue la aplicación Priority Health OTC. Compras en la tienda. Compre en Meijer, Kroger, CVS, Walgreens,	Tiene \$40 de subsidio por trimestre para usar en artículos de venta libre (OTC), dispositivos de seguridad y modificaciones para el hogar y el baño. Si es elegible, este subsidio también se puede utilizar para alimentos y productos saludables. Este subsidio no se transfiere. No aplica un deducible.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 OTC Plus* (continuación) Walmart y otras tiendas participantes cerca de usted. Puede buscar las ubicaciones de las tiendas participantes en cualquier momento en línea en PriorityHealth.com/shopOTC o descargue la aplicación Priority Health OTC y utilice la herramienta Find A Store (Buscar una tienda). 3. Pedido por teléfono para entrega a domicilio. Llame al 833.415.4380 (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. EST para realizar un pedido después de revisar los artículos de su catálogo de OTC. ¡Tenga los nombres de sus productos, el número de la tarjeta de beneficios OTC y la información de envío disponibles para una entrega rápida! Si es elegible para SSBCI, puede usar su tarjeta para comprar alimentos y productos saludables en las tiendas minoristas participantes que se pueden encontrar en PriorityHealth.com/shopOTC o descargando la aplicación Priority Health OTC y utilizando la herramienta Find A Store (Buscar una tienda). Para obtener más información sobre la elegibilidad para SSBCI, vaya a “Beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas”. NOTA: En el caso de que haya tenido que pagar de su bolsillo para comprar cualquier artículo de beneficio OTC Plus elegible, el reembolso está disponible		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 OTC Plus* (continuación) para usted. Ingrese a su cuenta de Priority Health en PriorityHealth.com/shopOTC o a través de la aplicación Priority Health OTC y complete el formulario de reembolso que se encuentra en Make A Reimbursement (Hacer un reembolso). Para ser elegible para el reembolso, el artículo comprado debe ser un artículo elegible comprado en un establecimiento participante y tener fondos disponibles en su saldo de OTC Plus. Todos los reembolsos deben enviarse en un plazo de 90 días a partir de la fecha de compra e incluir una imagen del recibo.		
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos <i>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental de la comunidad, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT) o consejero profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización.</i> <i>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento ambulatorio del hospital, un centro de salud mental de la comunidad, un centro de salud de calificación federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención</i>	\$55 copago por día para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. \$55 copago por día para servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare.	40% del costo total por día para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. 40% del costo total por día para servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos (continuación) recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. Llame a nuestro departamento de Salud Conductual al 800.673.8043 si tiene preguntas. ✓ <i>Puede que se apliquen reglas de autorización previa.</i>		
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: atención médica • Médicamente necesaria o servicios de cirugía que reciba en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento de pacientes ambulatorios del hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por usted PCP o un especialista, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico • Si vive con una enfermedad a largo plazo y desea hablar con un médico para obtener alivio de los síntomas y el estrés físico y mental, visite a un médico de cuidados paliativos	\$0 copago por cada consulta de atención primaria cubierta por Medicare. \$0 copago por cada visita al consultorio del médico de cuidados paliativos. \$0 copago para procedimientos quirúrgicos realizados por un médico/profesional en el consultorio de un proveedor. \$35 copago por cada visita al consultorio especializada cubierta por Medicare.	50% del costo total por cada visita de atención primaria cubierta por Medicare. 50% del costo total para cada visita al consultorio del médico de cuidados paliativos. 50% del costo total Procedimientos quirúrgicos realizados por un médico/profesional en el consultorio de un proveedor 50% del costo total para cada visita al consultorio especializada

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) - Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal basado en hospitales o de acceso crítico, centro de diálisis renal o el domicilio del miembro - Servicios de telesalud en el hogar del miembro para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación - Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación - Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: - Usted tiene una visita en persona dentro de los 6 meses previos a su primera visita de telesalud - Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud - Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias - Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionadas por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados federalmente	\$50 copago por cada visita cubierta por Medicare para atención de urgencias en el consultorio médico después del horario de atención.	cubierta por Medicare. Se aplica el deducible. \$50 copago por cada visita cubierta por Medicare que se necesite con urgencia en el consultorio médico después del horario de atención. No aplica un deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) - Los registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su médico durante 5-10 minutos si: - Usted no es un paciente nuevo y - El registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y - El registro no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más rápida disponible - Evaluación del video y/o las imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: - Usted no es un paciente nuevo y - La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y - La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más rápida disponible - Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro electrónico de salud - Segunda opinión antes de la cirugía Consulte “Atención virtual” en este cuadro de beneficios médicos para obtener información sobre qué visitas virtuales al médico/profesional están cubiertas. Nota: Para determinar si su proveedor es un PCP o un especialista, consulte Capítulo 3, Sección 2.1.		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) ✓ <i>Puede que se apliquen reglas de autorización previa.</i>		
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón). • Atención del pie de rutina para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.	\$35 copago por cada visita cubierta por Medicare. \$0 copago para las visitas de desbridamiento de uñas y las visitas de extracción de callos, para miembros con afecciones médicas específicas que afectan las extremidades inferiores.	50% del costo total por cada visita cubierta por Medicare. 50% del costo total para las visitas de desbridamiento de uñas y las visitas de extracción de callos, para miembros con afecciones médicas específicas que afectan las extremidades inferiores. Se aplica el deducible.
 Conciliación de medicamentos en el hogar después del alta * Inmediatamente después de una hospitalización médica o conductual o una hospitalización de SNF, un proveedor de atención médica calificado, en cooperación con su médico, revisará/ conciliará un régimen completo de medicamentos. Se asegurarán de que se obtengan nuevos medicamentos y de que se descarten los medicamentos discontinuados. La conciliación de medicamentos se puede hacer en el hogar con el objetivo de eliminar los	\$0 copago para servicios de conciliación de medicamentos en el hogar después del alta.*	<u>Sin</u> cobertura.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Conciliación de medicamentos en el hogar después del alta * (continuación) efectos secundarios y las interacciones que podrían resultar en enfermedades o lesiones.		
 Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene HIV, pero su médico u otro profesional de la salud determinan que tiene un mayor riesgo de contraer el HIV, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamento PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por inyectarse el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de HIV, la reducción del riesgo de HIV y la adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del HIV cada 12 meses. Una única prueba de detección del virus de la hepatitis B.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios de PrEP.	50% de del costo total para beneficio de PrEP. Se aplica el deducible.
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal	No se requiere coseguro, copago ni deducible por un análisis de PSA anual. \$0 copago para un examen de tacto	50% del costo total para un análisis de PSA anual. 50% del costo total para un examen rectal digital anual

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Pruebas de detección de cáncer de próstata (continuación) Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA) Se realiza una prueba de PSA si no tiene signos o síntomas (asintomáticos) de cáncer de próstata o afecciones de próstata relacionadas. Si ha tenido un PSA previo que estaba elevado o está siendo tratado por afecciones que pueden conducir al cáncer de próstata, que incluyen, entre otras, prostatitis (inflamación de la próstata) o hiperplasia prostática benigna (agrandamiento de la próstata), o ha tenido cáncer de próstata, su prueba de PSA puede considerarse diagnóstica. Consulte "Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos".	rectal anual cubierto por Medicare.	cubierto por Medicare. Se aplica el deducible.
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con cuidados de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos.	\$0 copago por dispositivos implantados como parte de una cirugía en un centro de cirugía ambulatoria o centro hospitalario para pacientes ambulatorios. 20% del costo total para todos los otros dispositivos y suministros protésicos cubiertos por Medicare.	30% del costo total para prótesis y suministros cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados (continuación) También se incluye cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte “Atención de la vista” más adelante en esta tabla para obtener más información. ✓ <i>Puede que se apliquen reglas de autorización previa.</i>		
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	\$10 copago por cada visita de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.	50% del costo total por cada visita de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare. Se aplica el deducible.
Clínica de salud rural Las clínicas de salud rurales se encuentran en áreas no urbanizadas. Estas clínicas ofrecen atención primaria ambulatoria y servicios de salud preventivos a personas en áreas médicamente desatendidas o con escasez. Las siguientes pruebas de laboratorio se proporcionan en clínicas de salud rurales, consulte "Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos" para conocer el costo compartido, dentro de esta Tabla de beneficios médicos: - Examen químico de orina en barra o tableta o - Hemoglobina o hematocrito	\$0 copago por cada visita a la clínica de salud rural.	50% del costo total para cada visita a la clínica de salud rural. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Clínica de salud rural (continuación) • Azúcar en la sangre • Muestras de heces sanguíneas ocultas examen • Pruebas de embarazo • Cultivo primario para enviar a un laboratorio certificado		
 Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.	50% del costo total para el beneficio de prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare. Se aplica el deducible.
 Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro profesional de la salud calificado ordena una y usted cumple con una de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Usted nació entre 1945-1965.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para beneficios por las pruebas para la detección del virus de la hepatitis C cubiertos por Medicare.	50% de del costo total para pruebas de detección cubiertas por Medicare para el virus de la hepatitis C. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Detección de la infección por el virus de la hepatitis C (continuación) Si usted nació entre 1945 y 1965, y no se considera de alto riesgo, pagamos por una prueba de detección una vez. Si tiene un riesgo alto (por ejemplo, ha continuado usando drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos las pruebas de detección anuales.		
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos tener entre 50 a 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 1 paquete al día durante 20 años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir un pedido de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. <i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después</i>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.	50% del costo total para el asesoramiento y la consulta de toma de decisiones compartidas cubiertos por Medicare o para la LDCT. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación) <i>de una prueba de detección inicial con una LDCT: los miembros deben recibir un pedido para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.</i>		
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos por año hasta 2 sesiones personales muy intensivas de asesoramiento conductual, de 20 a 30 minutos, para adultos sexualmente	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.	50% del costo total para el examen de detección de ETS cubierto por Medicare y el beneficio preventivo de asesoramiento para ETS. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas (continuación) activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.		
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando reciben la recomendación del médico, cubrimos hasta seis sesiones de los servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial) • Entrenamiento para autodiálisis (incluye entrenamiento para usted y	\$0 copago para los servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare. 20% del costo total para cada servicio de diálisis renal cubierto por Medicare con un proveedor de la red o cuando usted se encuentre fuera del área de servicio del plan.	50% del costo total para servicios de educación sobre la insuficiencia renal cubiertos por Medicare. 50% del costo total para cada servicio de diálisis renal cubierto por Medicare con un proveedor fuera de la red cuando se encuentre en el área de servicio del plan. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación) para cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipamiento y suministros de diálisis para el hogar • Ciertos servicios de apoyo a domicilio (como por ejemplo, si es necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su casa, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis se contemplan en el beneficio de cobertura de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos de la Parte B de Medicare in this table.		
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (Encontrará una definición de atención en centros de enfermería especializada en el Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada suelen denominarse SNF). Cubierto hasta 100 días por período de beneficio (según la necesidad médica y de rehabilitación determinada antes de la admisión y de forma continua) . Un período de beneficios comienza el día en que usted es admitido en un centro de enfermería especializada. El período de	Por hospitalizaciones en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga: \$0 copago por día, los días 1-20. \$218 copago por día, los días 21-100.	Por estadías SNF cubiertas por Medicare, usted paga: 50% del costo total por hospitalización. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (continuación) beneficios finaliza cuando no recibe atención de enfermería especializada durante 60 días consecutivos. Un nuevo período de beneficios ocurre cuando usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada, una vez finalizado el período anterior. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios que pueda tener.  No se requiere una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla • Medicamentos que se le administran como parte del plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre) • Sangre - se incluye almacenamiento y administración. Cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados.  La cobertura comienza des de la primera pinta de sangre que necesita.		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (continuación) • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF • Pruebas de laboratorio normalmente realizadas por • SNF y otros servicios de radiología proporcionados normalmente por SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, proporcionados normalmente por los SNF • Servicios de médicos/practicantes Generalmente, usted obtendrá atención en un SNF de la red. En determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta las sumas de pago de nuestro plan. • Un centro de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital ✓ <i>Puede que se apliquen reglas de autorización previa.</i>		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • Consumir tabaco, independientemente de si presenta signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco • Ser competentes y estar alertas durante el asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento Cubrimos 2 intentos de dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año.)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.	50% del costo total de los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare. Se aplica el deducible.
 Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas Para usar su tarjeta OTC Plus para alimentos y productos saludables, debe ser elegible para los Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos* (SSBCI). Para calificar para SSBCI, debe ser diagnosticado con una o más de las siguientes afecciones crónicas, estar en alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud y requerir coordinación de cuidados intensivos.	Consulte OTC Plus para saber el subsidio.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas (continuación) Condiciones que califican: • Dependencia crónica del alcohol y otras drogas • Trastornos autoinmunes limitados a: Poliarteritis nodosa, polimialgia reumática, polimiositis, dermatomiositis, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y escleroderma • Cáncer • Trastornos cardiovasculares limitados a: Arritmias cardíacas, enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular periférica • Enfermedad gastrointestinal crónica: enfermedad hepática crónica, enfermedad de hígado graso no alcohólico (NAFLD), hepatitis B hepatitis C, pancreatitis, síndrome de colon irritable, enfermedad inflamatoria intestinal • Enfermedad renal crónica (CKD) ERC que requiere diálisis/Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) (SDRD, por sus siglas en inglés), ERC que no requiere diálisis • Demencia • Diabetes mellitus, prediabetes (glucosa en ayunas: 100-125 mg/dl o Hgb A1c: 5.7-6.4) • Atención posterior al trasplante de órganos		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas (continuación) • Trastornos hematológicos graves limitados a: Anemia aplásica, hemofilia, púrpura trombocitopénica inmunológica, síndrome mielodisplásico, anemia falciforme (excluyendo el rasgo falciforme) y trastorno tromboembólico venoso crónico • VIH/SIDA • Condiciones que pueden causar desafíos funcionales similares y requieren servicios similares: lesión de la médula espinal, parálisis, pérdida de extremidades, accidente cerebrovascular, artritis, condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato, condiciones que requieren terapia continua, servicios para que las personas mantengan o mantengan el funcionamiento • Trastorno pulmonar crónico limitado a: Asma, bronquitis crónica, enfisema, fibrosis pulmonar e hipertensión pulmonar • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes limitadas a: Trastornos bipolares, trastornos depresivos graves, trastorno paranoide, esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastornos alimentarios y trastornos de ansiedad		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas (continuación) • Trastornos neurológicos limitados a: Esclerosis lateral amiotrófica (ELA), 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, lesión cerebral traumática • Accidente cerebrovascular • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • Condiciones que pueden causar deterioro cognitivo: Enfermedad de Alzheimer, discapacidades intelectuales y del desarrollo, lesión cerebral traumática, enfermedad mental incapacitante asociada con deterioro cognitivo, deterioro cognitivo leve. • Hipertensión crónica • Osteoporosis • Dolor de espalda crónico Para ver si reúne los requisitos, vaya a priorityhealth.com/vintage26 o comuníquese con Atención al cliente.		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 a 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	\$10 copago por cada visita al SET cubierta por Medicare.	50% del costo total por cada visita al SET cubierta por Medicare. Se aplica el deducible.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Servicios de telemonitoreo * Servicios de telemonitorización u otros servicios de monitorización remota de insuficiencia cardíaca, diabetes no controlada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), afecciones cardiovasculares e hipertensión. Incluye equipos, telecomunicaciones y tecnología especialmente adaptados para monitorear las condiciones de salud a distancia.	\$0 copago para servicios de telemonitoreo.*	<u>Sin</u> cobertura.
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio requerido urgentemente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios requeridos urgentemente y solo cobrarle dentro de la red costo compartido. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son enfermedades o lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran urgentemente necesarias incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.	\$50 copago de cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare. El costo compartido fuera de la red se aplicará hacia su desembolso personal máximo dentro de la red. El costo compartido de los servicios de atención que se necesitan con urgencia no se aplica si ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección. <u>No aplica un deducible.</u>	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Servicios de urgencia (continuación)  Tiene cobertura para servicios que se necesitan con urgencia en los Estados Unidos y en todo el mundo. Nota: Si recibe medicamentos autoadministrados cubiertos por la Parte D de Medicare en un entorno ambulatorio, es posible que su beneficio de medicamentos recetados de este plan los cubra. Consulte Capítulo 6, Sección 7 para obtener más información sobre lo que sucede cuando recibe un medicamento de la Parte D en un entorno médico.		
Atención médica virtual <i>(también denominado servicios de telesalud, registros virtuales o visitas electrónicas).</i> Los miembros tienen la opción de recibir servicios de cuidado de la salud en lugares como su hogar de los siguientes proveedores: • Proveedores de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) • Especialistas • Proveedores de salud conductual Los servicios de telesalud cubiertos incluyen visitas virtuales, evaluaciones, comunicación por teléfono o video (computadora, teléfono inteligente, tableta, portal en línea para pacientes). Pregúntele a uno de nuestros proveedores de la red si pueden hacer visitas virtuales. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis	\$0 copago para las consultas virtuales.	<u>No</u> está cubierto

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Atención médica virtual (continuación) domiciliaria en un centro de diálisis renal basado en hospitales o de acceso crítico, centro de diálisis renal o casa del miembro • Servicios de telesalud en el hogar del miembro para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: ◦ Usted tiene una visita en persona dentro de los 6 meses previos a su primera visita de telesalud ◦ Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ◦ Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionadas por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados federalmente • Los registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su médico durante 5-10 minutos si: ◦ Usted no es un paciente nuevo y ◦ El registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Atención médica virtual (continuación) ◦ El registro no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más rápida disponible • Evaluación del video y/o las imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: ◦ No es un paciente nuevo y ◦ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ◦ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más rápida disponible • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico		
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Entre las personas que corren un alto riesgo	Atención médica para la visión cubierta por Medicare: \$35 copago para cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades o afecciones oculares. \$0 copago para las pruebas de detección de glaucoma anuales. \$0 copago por prueba de detección de retinopatía diabética anual.	Atención médica para la visión cubierta por Medicare: 50% del costo total por cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo. 50% del costo total por una prueba de detección de glaucoma anual. 50% del costo total por prueba de detección de

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Atención de la vista (continuación) de padecer glaucoma, se incluyen las siguientes: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	\$0 copago para anteojos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. Las refracciones facturadas con un examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades o afecciones de la vista <u>no están</u> cubiertas.	retinopatía diabética anual. 50% del costo total por un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas. Se aplica el deducible. Las refracciones facturadas con un examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades o afecciones de la vista <u>no están</u> cubiertas.
 Cuidado de la vista de rutina no cubierto por Medicare* Usted tiene acceso a estos beneficios anualmente, puede elegir utilizar un proveedor “Select” de EyeMed dentro de la red O utilizar un proveedor “Select” que no sea de EyeMed y solicitar un reembolso. Llame a 844.366.5127 para localizar 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) y luego elija la red “Select” para buscar un proveedor dentro de la red. Las visitas de rutina facturadas como un examen de diagnóstico están sujetas al	<u>Servicios cubiertos con un proveedor “Select” de EyeMed:</u> \$0 copago para un examen de visión de rutina no cubierto por Medicare, que incluye dilatación y refracción según sea necesario.* \$0 copago por una imagen retiniana no cubierta por Medicare.*	<u>Servicios con un proveedor “Select” que no sea de EyeMed:</u> Hasta \$50 de reembolso por un examen de la vista de rutina no cubierto por Medicare, que incluye dilatación y refracción según sea necesario.* Hasta \$20 de reembolso por una imagen retiniana no cubierta por Medicare.*

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Cuidado de la vista de rutina no cubierto por Medicare* (continuación) costo compartido del examen de la vista cubierto por Medicare mencionado anteriormente. Para obtener detalles adicionales sobre sus beneficios de la vista, consulte priorityhealth.com/vintage26 para ver su certificado de cobertura (COC).	\$100 para anteojos no cubiertos por Medicare.* No aplica un deducible.	Hasta \$100 de reembolso de los anteojos no cubiertos por Medicare.* No aplica un deducible.
 Consulta preventiva Bienvenido a Medicare El plan cubre la consulta preventiva única <i>Bienvenido a Medicare</i> . La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y recomendación a otro tipo de atención si fuera necesario. Importante: cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> .	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> .	50% del costo total de la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> . Se aplica el deducible.
 Programa de asistencia para viajes en todo el mundo Assist America le ofrece servicios de asistencia en viaje tanto para emergencias médicas como no médicas mientras viaja a nivel internacional o nacional a 100 millas de distancia de su hogar durante menos de 90 días consecutivos. Los servicios están	\$0 copago por servicios prestados a través de Assist America.* Usted seguirá pagando los beneficios cubiertos por Priority Health Medicare, como atención de emergencia, atención de urgencia o medicamentos recetados. No aplica un deducible.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Programa de asistencia para viajes en todo el mundo (continuación) disponibles 24/7/365. El Centro de Operaciones de • Assist America cuenta con personal de asistencia capacitado y multilingüe que puede proporcionar recomendaciones inmediatas para cualquier situación de emergencia. • Los servicios de evacuación de emergencia o transporte están disponibles para la instalación más cercana capaz de proporcionar la atención adecuada, si la atención no está disponible localmente. • Assist America organizará y pagará para que un ser querido se una a un miembro que viaja solo y se espera que sea hospitalizado por más de siete días. • Cuando se pierde o se deja una receta, Assist America trabaja con el médico prescriptor y una farmacia local para reemplazar el medicamento del miembro. • En el caso de que un miembro fallezca mientras viaja, Assist America organizará y pagará los documentos requeridos, la preparación de los restos y el transporte para llevar los restos mortales a una funeraria cerca del lugar de residencia del miembro. Ponte en contacto con Assist America: dentro de los EE. UU. llamando 800.872.1414, fuera de los EE. UU. llamando +1.609.986.1234, o descargando la aplicación de viaje gratuita Assist America. El número de referencia de Assist America para los		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Programa de asistencia para viajes en todo el mundo (continuación) miembros de Priority Health Medicare es 01-AA-PHP-12123M. Nota: Assist America no reembolsa los servicios de transporte que no organizan. No se aceptarán solicitudes de reembolso.		

Sección 2.1 Beneficios complementarios opcionales adicionales que puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare Original y que no se incluyen en el paquete de beneficios como afiliado del plan. Estos beneficios adicionales se denominan **beneficios complementarios opcionales**. Si desea estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse para obtenerlos y es posible que deba pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio.

PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) ofrece beneficios dentales y oftalmológicos complementarios opcionales, llamados paquete dental y oftalmológico mejorado. A continuación se enumeran los beneficios incluidos en el paquete de beneficios complementarios opcionales. Para acceder al certificado de cobertura dental y oftalmológica (COC), visite priorityhealth.com/vintage26 o comuníquese Atención al cliente para solicitar una copia impresa.

¿Cuánto pagaré?

El monto de la prima para el paquete dental y de la vista mejorado en 2026 será:

\$49/mes

¿Cómo me inscribo?

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

¿Cuándo puedo inscribirme?

El paquete dental y oftalmológico mejorado se ofrece a todos los beneficiarios de Medicare que se inscriban en el **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) plan en el momento de la inscripción o hasta dos meses después de la fecha de vigencia de su **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) plan. Por ejemplo, si la fecha de entrada en vigor de su **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) plan es el 1 de enero, puede inscribirse en el paquete dental y oftalmológico mejorado hasta finales de febrero. Su fecha de entrada en vigor es el primer día del mes siguiente a la recepción de su formulario de inscripción completado y firmado. Una vez que esté inscrito en el paquete dental y de la vista mejorado, permanecerá inscrito continuamente en este plan.

¿Cómo/cuándo pago?

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

¿Qué sucede si me registro y decido que quiero cancelar la inscripción?

Puede darse de baja voluntariamente del paquete dental y de la vista mejorado por escrito en:

Priority Health
MS 1175
1231 E. Beltline NE
Grand Rapids, MI 49525

o envíe un correo electrónico a:

PH-MedicareEnrollment@priorityhealth.com

Para su comodidad, puede encontrar un formulario de cancelación de la inscripción en **priorityhealth.com** y haga clic en **Already a Member (Ya es miembro)**. Su desafiliación entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de desafiliación completada y firmada. Los beneficios cesarán el último día del mes en el que usted está inscrito. Usted no tiene que pagar ninguna prima mensual después de su fecha de terminación a menos que tenga un saldo vencido. Si pagó una prima anual completa, tiene derecho a un reembolso prorrateado por la parte restante del año. Se le reembolsará en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de su cancelación de la inscripción. Si la cobertura se termina durante el año calendario, no puede volver a inscribirse hasta la próxima elección anual o el período especial de elección.

Tabla de beneficios complementarios opcionales

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios dentales* Los dentistas dentro de la red (participantes) son aquellos que pertenecen a la red Medicare Advantage PPO y Medicare Advantage Premier de Delta Dental®. Todos los demás dentistas se consideran dentistas fuera de la red (no participantes). Si el dentista que selecciona no es un dentista participante de Delta Dental® Medicare Advantage, aún estará cubierto, pero es posible que tenga que pagar más. Puede encontrar dentistas participantes llamando al 800.330.2732 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes de 9 a.m. a 8 p.m. o busque en línea en deltadentalmi.com/Find-a-Dentist. Al acceder al Directorio de dentistas en línea de Delta Dental®, debe seleccionar el enlace con la etiqueta Delta Dental® Medicare Advantage PPO y Delta Dental® Medicare Advantage Premier.	\$0 copago por un tratamiento con flúor por año.* \$0 copago por una limpieza de rutina por año.* \$2,500 máximo anual por año para usar en: \$0 copago para tratamiento de emergencia para dolor dental sin límite y anestesia cuando se usa junto con servicios dentales calificados.* \$0 copago para empastes (incluye composite, resina y amalgama), una vez por diente, cada 24 meses. \$0 copago para reparaciones de coronas, una vez por diente, cada 12 meses. 50% del costo total de incrustaciones, coronas y subestructuras asociadas, una vez por diente, cada 5 años.* 50% del costo total para endodoncia (tratamientos de conducto) una vez por diente de por vida. 50% del costo total de las extracciones quirúrgicas y extracciones simples (no quirúrgicas), una vez por diente de por vida.* 50% del costo total de implantes y reparaciones

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios dentales* (continuación)	de implantes, por diente, cada 5 años.* 50% del costo total de dentaduras postizas, una vez cada 60 meses, recubrimientos y reparaciones de dentaduras postizas, y reparaciones de puentes, una vez cada 36 meses.*
Servicios de la visión* Los servicios de la visión dentro de la red deben ser proporcionados por un proveedor “Select” de EyeMed®. Si lo recibe un proveedor “Select” que no es EyeMed® (fuera de la red), debe solicitar un reembolso. Los beneficios dentro y fuera de la red no pueden combinarse. El subsidio para anteojos se puede utilizar para: monturas, lentes, opciones de lentes, lentes de contacto convencionales o desechables. Estos no pueden utilizarse junto con promociones en la tienda.	\$150 subsidio/reembolso adicional por año para anteojos.*

Sección 2.2 **Cómo obtener atención con los beneficios opcionales para visitantes/ viajeros de nuestro plan**

Como miembro de nuestro plan, ofrecemos un programa para visitantes/viajeros llamado Priority Health Travel Pass.

- El Priority Health Travel Pass le permite recibir todos los servicios cubiertos del plan a un costo compartido dentro de la red mientras visita o viaja a cualquier lugar de los Estados Unidos y sus territorios cuando se encuentra fuera de la península inferior de Michigan (el área de servicio de nuestros planes).
- Si no se muda de forma permanente, pero está continuamente fuera del área de servicio de nuestro plan durante más de 6 meses, por lo general, debemos cancelar su inscripción de nuestro plan. Sin embargo, con el Priority Health Travel Pass puede seguir inscrito cuando esté fuera de nuestra área de servicios durante menos de 12 meses.

A continuación, se indican algunas cosas importantes que debe saber:

- Consulte con el proveedor para confirmar su participación en Medicare.

- Excepto en ciertas situaciones, no podemos pagar a un proveedor que ha optado por no participar en Medicare o que figura en una de las listas de exclusión de Medicare.
- Para encontrar un proveedor que participe en Medicare, le sugerimos que llame a Atención al cliente al 888.389.6648 para obtener ayuda o que ingrese en línea a [**priorityhealth.com/vintage26**](https://priorityhealth.com/vintage26) y busque utilizando la herramienta Find a Doctor (Encontrar un médico).
- Usted debe usar la red nacional de proveedores/ubicaciones participantes cuando use los siguientes beneficios: Assist America, OTC Plus y TruHearing®.
- En el caso de servicios dentales no cubiertos por Medicare, estos beneficios son administrados por Delta Dental.
 - El Priority Health Travel Pass le permite recibir beneficios dentro de la red cuando utiliza un dentista que se encuentra fuera del área de servicio de Delta Dental (Michigan, Ohio e Indiana). De lo contrario, deberá utilizar los dentistas de la red Delta Dental Medicare Advantage PPO y Delta Dental Medicare Advantage Premier.
 - Para encontrar un proveedor, visite [**providers4you.com/medicareadvantagetraveler**](https://providers4you.com/medicareadvantagetraveler) o llame al 800.330.2732 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
 - Los beneficios fuera de la red se aplican cuando se utiliza cualquier otro dentista que no esté excluido del tratamiento de los miembros de Medicare.

Al elegir recibir atención de proveedores fuera de la red (aquellos que no tienen un contrato con nuestro plan) cuando se encuentre en la península baja de Michigan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 (Cómo obtener atención médica de proveedores fuera de la red) para obtener más información.

SECCIÓN 3 Servicios no están cubiertos por nuestro plan (exclusions)

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

En la siguiente tabla se enumeran los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que solo están cubiertos en condiciones específicas.

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, salvo en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si se presenta una apelación y se toma una decisión con respecto a un servicio tras una apelación por un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte Capítulo 9, Sección 5.3).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias Los servicios de acupuntura de rutina cubiertos por su plan se describen en Capítulo 4, Sección 2 de la Tabla de beneficios médicos.
Analizadores de glucosa en sangre Colorímetro de reflectancia	No cubiertos bajo ninguna condición
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	No cubierto bajo ninguna condición
Atención de custodia El cuidado personal no médico es cuidado personal que no requiere la atención continua de personal paramédico o médico capacitado, como el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	No cubierto bajo ninguna condición
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubierto bajo y condición
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para los pies	Calzado que forma parte de una pierna ortopédica y que está incluido en el costo de la pierna ortopédica. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad de pie diabético. También puede estar cubierto por su subsidio de OTC Plus. Ingrese en Capítulo 4, Sección 2.
Camas Colchones, oscilantes, baños de cama (tipo hogar), tablas, elevador (ascensor), salones (eléctricos o manuales)	No cubiertos en ninguna condición
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubierto bajo y condición

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica
Cuidado de rutina de los pies.	Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes)
Dispositivos de escucha asistida Incluidos, entre otros, amplificadores telefónicos y dispositivos de alerta	No cubiertos en ninguna condición
Enfermeras de servicio privado	No cubiertos bajo ninguna condición
Entrega de comidas a domicilio	No cubierto bajo y condición
Exámenes físicos y otros servicios Requeridos por terceros, como obtener o mantener empleo o participación en programas de empleados, requeridos para seguro o licencia, exámenes físicos deportivos solicitados o en orden judicial o requeridos para libertad condicional o libertad condicional.	No cubiertos bajo ninguna condición
Habitación privada en un hospital.	Solo cubierto cuando es médicamente necesario.
Los servicios domésticos incluyen ayuda básica en el hogar, incluidas tareas livianas de limpieza o preparación de comidas livianas.	No cubierto bajo ninguna condición
Medicamentos (Parte B bajo su beneficio médico) (No quimioterapéuticos y biológicos) utilizados para afecciones no aprobadas por la Administración de Alimentos y	No cubierto bajo ninguna condición

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), como las hormonas biomédicas, y no cubiertas por Medicare.	
Medicamentos (Parte D bajo su beneficio de medicamentos recetados) Comprados u obtenidos en otro país, incluidos los obtenidos en un crucero que se consideran autoadministrados. Estos se consideran no aprobados por la FDA.	No cubiertos en ninguna condición
Modificaciones estructurales Incluye, entre otros, rampas, puertas, ascensores y ascensores de escaleras	Sin cobertura bajo ninguna condición
Pelucas	Sin cobertura bajo ninguna condición
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica	Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la la Sección 5 del Capítulo 3)
Pruebas de laboratorio Que no sea necesario por razones médicas conforme a los criterios de cobertura de Medicare.	No cubiertos en ninguna condición
Pruebas y visitas preoperatorias Incluidos, entre otros, análisis de laboratorio, radiografías, electrocardiogramas, EEG, monitoreo cardíaco y visitas al consultorio del médico que se realizan estrictamente para la autorización preoperatoria cuando no existe una afección médica subyacente para pruebas o visitas.	Cubierto solo cuando la prueba o la visita al consultorio están relacionadas con una afección médica subyacente.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Relacionados con la guerra Los artículos o servicios necesarios, ya sean debidos o relacionados con lesiones causadas por una guerra o un acto de guerra, no están cubiertos.	Sin cobertura bajo ninguna condición
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados	No cubierto bajo y condición
Rodillera	No cubierto bajo ninguna condición
Servicios considerados no razonables y necesarios según las normas de Original Medicare	No cubierto bajo y condición
Servicios de la visión Queratotomía radial y queratoplastia para tratar defectos refractivos, corrección del astigmatismo con láser, cirugía LASIK y LASEK y otros accesorios para la visión deficiente. Lentes intraoculares (IOL) no convencionales después de una cirugía de cataratas (por ejemplo, una IOL para corregir la presbicia)	Sin cobertura bajo ninguna condición
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	No cubierto bajo y condición
Silla elevadora La parte de la silla/sillón reclinable no está cubierta	El mecanismo de elevación de una silla elevadora puede estar cubierto si Priority Health determina que cumple con los criterios de necesidad médica.
Síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ) Atención o servicios de Medicare proporcionados para evaluar o tratar la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJD) o el síndrome	Sin cobertura bajo ninguna condición

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
de la articulación temporomandibular (TMJS), incluida la atención dental o los servicios dentales.	
Terapia de masaje Realizado por un masajista	No cubiertos en ninguna condición
Transporte Incluyendo transporte aéreo comercial o privado, coche, taxi, autobús, camioneta y camioneta para sillas de ruedas, incluso si es la única manera de viajar a un proveedor de la red.	El transporte de ala fija está incluido con los servicios de ambulancia.
Tratamiento residencial Cuyo objetivo principal es alejar al miembro de su entorno para evitar la recurrencia de una afección como, entre otros, trastornos alimentarios, adicción al alcohol, etc.	No cubiertos bajo ninguna condición
VA Servicios provistos a veteranos en los centros de Asuntos de Veteranos (VA).	Sin cobertura bajo ninguna condición

CAPÍTULO 5:

Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan

Vaya al Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para enfermos terminales.

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

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que emita recetas) que le emita una receta válida según la ley estatal vigente.
- La persona que emite la receta no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (Consulte la Sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para más información sobre una indicación médicamente aceptada.)
- Su medicamento puede requerir aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 en este capítulo para más información).

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

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

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proporcionarle sus medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos de la Parte D que están la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 **Farmacias de la red**

Encuentra una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores/farmacias*, visite nuestro sitio web (priorityhealth.com/vintage26), y/o llamar a Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas de las farmacias de la red ofrecen costo compartido preferido, que puede ser más bajo que el costo compartido en una farmacia que ofrece costo compartido estándar. El *Directorio de proveedores/farmacias* le indicará las farmacias de la red que ofrecen costo compartido preferido. Para obtener más información sobre si los gastos que paga de su bolsillo podrían ser distintos para diferentes medicamentos comuníquese con nosotros.

Si su farmacia parte de la red

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Si la farmacia que utiliza permanece en nuestra red pero ya no ofrece costo compartido preferido, es posible que desee cambiar a una red o farmacia preferida diferente, si está disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711) o buscar en el *Directorio de proveedores/farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en priorityhealth.com/vintage26.

Farmacia especializada

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para pacientes hospitalizados en un centro de atención de largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores/farmacias* priorityhealth.com/vintage26 o llame al Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711).

Sección 2.2 El servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos suministrados a través de pedido por correo son medicamentos que usted toma de manera regular, para una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través de Express Scripts Mail Order están marcados con un “NE” en nuestra Lista de Medicamentos. Estos medicamentos pueden estar disponibles a través de Amazon.

El servicio de pedido por correo del plan requiere permite que solicite **un suministro de hasta tres meses**, con la excepción de los medicamentos del Nivel 5.

Nuestra red de farmacias incluye farmacias de pedido por correo que ofrecen farmacias estándar costo compartido y de pedido por correo que ofrecen farmacias preferidas costo compartido. El envío costo compartido por correo se limita a nuestras farmacias de envío por correo preferidas, Express Scripts y Amazon, pero puede elegir cualquier farmacia de envío por correo de la red para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Es costo compartido posible que sea menos en Express Scripts y Amazon.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo llame Atención al cliente o visite nuestro sitio web en **priorityhealth.com/vintage26**. Si utiliza una farmacia de pedidos por correo que no está en la red de nuestro plan, su medicamento recetado no se cubrirá.

Por lo general, el pedido a la farmacia será entregado el servicio de pedido por correo le llegará en 14 días como máximo. Sin embargo, a veces su pedido por correo puede retrasarse. Si su pedido no llega antes de que se le acaben los medicamentos, llame Atención al cliente para obtener permiso para obtener un suministro de hasta un 30-día de su receta en una farmacia minorista de la red local.

Express Scripts: recetas nuevas que la farmacia obtiene directamente del consultorio de su médico.

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

- Usted usó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Usted se inscribe para la entrega automática de todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento antes del llamar al Atención al cliente número que aparece al reverso de su tarjeta.

Si recibe un medicamento recetado de forma automática por correo que usted no quiere, y no se comunicaron con usted para consultarle si lo quería antes del envío, usted puede reunir los requisitos para un reembolso.

Si utilizó pedido por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta nueva, contáctenos a través del llamar al Atención al cliente número que aparece al reverso de su tarjeta.

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedido por correo o decide interrumpir automáticamente el surtido de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para comprobar si desea que se le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comuniquen con usted para informarle si debe enviar o cancelar la nueva receta.

Para cancelar las entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros por llamar al Atención al cliente número que aparece al reverso de su tarjeta.

Amazon: nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Después de que la farmacia obtenga una receta de un proveedor de atención médica, esta se comunicará con usted para ver si desea que se surta el medicamento de inmediato o en otro momento. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comuniquen con usted para informarle si debe enviar, demorar o suspender la nueva receta.

Express Scripts y Amazon: resurtidos de medicamentos recetados de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, puede registrarse en un programa de resurtido automático. Con este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros nos muestran que se está quedando sin medicamento. La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficientes medicamentos o si le cambiaron el medicamento.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su medicamento recetado, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se le acabe su medicamento recetado actual. Esto garantizará que su pedido se le envíe a tiempo.

Si quiere excluirse del programa que de forma automática, prepara resurtidos de pedido por correo, póngase en contacto con nosotros llamar al Atención al cliente número que aparece al reverso de su tarjeta.

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

Sección 2.3 **Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo**

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

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento (que ofrecen costo compartido preferido) por un monto de costo compartido menor. Otras farmacias minoristas pueden no estar de acuerdo con los montos de costo compartido menores. En este caso, usted será responsable de la diferencia de precio. En su *Directorio de proveedores/farmacias* priorityhealth.com/vintage26 se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. Asimismo, puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte en la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 **Utilizar una farmacia que no está dentro de la red de nuestro plan**

Por lo general, cubrimos los medicamentos obtenidos en farmacias fuera de la red *solo* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como afiliado de nuestro plan.

Verifique primero con Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en estas circunstancias:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red dentro de una distancia en auto razonable que brinden servicio las 24 horas
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado que no se encuentra en stock en una farmacia minorista accesible de la red o de pedidos por correo (incluidos los medicamentos únicos y de alto costo).
- Si recibe una vacuna u otro medicamento cubierto por la Parte D de Medicare en un consultorio de proveedores o centro ambulatorio que no está cubierto por la Parte B de Medicare (por ejemplo, sala de emergencias, centro de atención de urgencia, etc.). Ingrese en Capítulo 6, Sección 7 y 8.
- Si el gobernador de su estado, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., o el Presidente de los Estados Unidos declara el estado de desastre o emergencia en su área geográfica.

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tiene que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) en el momento en que surte su medicamento recetado. Podrá solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo. (Consulte Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitarle a nuestro plan que le haga un reembolso). Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

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

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de cobertura*, la **denominamos la Lista de medicamentos**.

Nuestro plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y fue aprobada por Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D.

Por lo general, cubrimos un medicamento en la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre y cuando usted siga las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada se refiere a que el uso del medicamento cumple *cualquiera* de estos requisitos:

- Está aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para los que se receta.
- Está respaldado por ciertas referencias, como el Servicio de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son fármacos más complejos de lo habitual. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un fármaco o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los genéricos y biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento de marca o el producto biológico original y por lo general tienen un costo más bajo. Existen sustitutos genéricos de medicamentos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares

para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden aparecer en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no están incluidos en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener información adicional, consulte la sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en nuestra Lista de medicamentos. (Para obtener información adicional, consulte el Capítulo 9).

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

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

- **Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos:** Esta es la categoría más baja e 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 medicamentos genéricos.
- **Nivel 4: Medicamentos no preferidos** Este nivel incluye medicamentos de marca no preferidos y algunos medicamentos genéricos de alto costo.
- **Nivel 5 – Medicamentos especializados** Este es el nivel más alto e incluye medicamentos especializados, que están limitados a un suministro máximo de 30 días por receta o resurtido.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan. En el Capítulo 6 se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

Sección 3.3 **Cómo averiguar si un medicamento está incluido en la Lista de medicamentos**

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

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos vía electrónica.
- Visite el sitio web del plan (<https://priorityhealth.com/vintage26>). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711) para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan **member.priorityhealth.com/login** buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos para obtener un estimado de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de Medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 **Medicamentos con restricciones de cobertura**

Sección 4.1 **Por qué algunos medicamentos tienen restricciones**

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudarlo a usted y al proveedor a usar los medicamentos del modo más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y al proveedor a utilizar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en la Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por el médico, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costo compartido a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno al día frente a dos al día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 **Tipos de restricciones**

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que el plan le cubra el medicamento. Llamar Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711) para saber lo que necesitarían hacer usted o el proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones**

de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte en el Capítulo 9.)

Obtención de la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación de nuestro plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Se lleva a cabo para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos para usted. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web [**priorityhealth.com/medicare/drug-requirements**](https://priorityhealth.com/medicare/drug-requirements).

Probar primero con un medicamento diferente

Este requisito recomienda que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero generalmente con la misma eficacia antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se utilizan para tratar la misma afección médica, nuestro plan puede indicarle que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no funciona para usted, nuestro plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**. Para obtener los criterios de terapia escalonada de nuestro plan, puede llamar a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web [**priorityhealth.com/medicare/drug-requirements**](https://priorityhealth.com/medicare/drug-requirements).

Límites de cantidad

En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener al momento de surtir una receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría

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

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento.

- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.1 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

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

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con el proveedor sobre el cambio de cobertura.

Para tener derecho a un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe figurar en la Lista de medicamentos del plan O se encuentra ahora restringido de algún modo.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante el primer **90 días** de su afiliación al plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante el primer **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta médica está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de hasta 30 días. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es por menos días. Esto es adicional al suministro temporal que se mencionó antes.
- Según las regulaciones de los CMS, **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) proporciona a los miembros que experimentan un cambio en el nivel de atención un suministro de transición de al menos 30 días de medicamento, a menos que la receta sea por menos días.

En caso de dudas sobre un suministro temporal, comuníquese con Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711).

En el período durante el cual utilice el suministro temporal de un medicamento, debe consultar con el proveedor para decidir lo que debe hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Consulte con el proveedor si existe un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarle a pedir una excepción. Por ejemplo, puede solicitar a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no se encuentre en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O puede solicitar a nuestro plan una excepción para que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un afiliado actual y un medicamento que toma se retirará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas luego de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo del profesional que expide recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para aprender qué hacer. Allí se explican los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de manera oportuna e imparcial.

Sección 5.1 Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si el medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que considera muy alto, consulte con el proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Comuníquese con Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711) para solicitar una lista

de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

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

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

Los medicamentos del Nivel 5 – Nivel especializado no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

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

- **Agregue o elimine medicamentos de la Lista de medicamentos**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**
- **Reemplazar un medicamento de marca por con una versión genérica del medicamento**
- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos del plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos periódicamente nuestra Lista de medicamentos en línea. A veces recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante el año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o realizar cambios a un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a una nivel costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento será en el mismo nivel costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Es posible que realicemos estos cambios de inmediato y le informemos más adelante, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o realizando cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios a un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le avisaremos con al menos 30 días de anticipación antes de hacer el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un 30 días suministro del medicamento que usted esté tomando.
- **Eliminación de medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces un medicamento puede ser considerado inseguro o retirado del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, el plan eliminará inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo comunicaremos después de realizar el cambio.
- **Realizar otros cambios a los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos.**
 - Podemos hacer otras modificaciones una vez que haya comenzado el año que afecten a los medicamentos que usted toma. Por ejemplo, nos basamos en las

advertencias en recuadros de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

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

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con quien emite la receta acerca de las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona que emite la receta puede solicitarnos una excepción para continuar con la cobertura del medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos hacer ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describieron anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará si está tomando el medicamento al momento del cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Establecimos una restricción nueva respecto del uso del medicamento.
- Quitamos el medicamento de la Lista de medicamentos.

Si ocurre alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que toma (pero no a causa de un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca registrada u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará el uso o lo que paga como la parte del costo que le corresponde hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente de este tipo de cambios durante el año en curso del plan. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista se encuentre disponible durante el periodo de inscripción abierta) para comprobar si existe algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos recetados están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si usted adquiere medicamentos excluidos, deberá pagar por ellos usted mismo. Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos recetados de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no aprobado* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como el Servicio de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. *Uso no aprobado* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA).

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

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

Si está recibiendo Ayuda adicional de parte para pagar sus medicamentos con receta, el programa Ayuda adicional no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 **Cómo surtir un medicamento con receta**

Para surtir la receta, proporcione los datos de afiliación al plan, que se encuentran en la tarjeta de afiliación, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de los medicamentos. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

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

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

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

Sección 9.1 **En un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre nuestro estadía**

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

Sección 9.2 **Como reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)**

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una casa de reposo) posee su propia farmacia o una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC), puede obtener los medicamentos con receta a través de la farmacia del centro de la que usted es cliente, mientras que sea parte de la red.

Consulte el *Directorio de proveedores/farmacias* priorityhealth.com/vintage26 para conocer si la farmacia del centro de LTC o de la que es cliente forma parte de la red. Si no lo es, o si necesita más información o asistencia, póngase en contacto con Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711). Si se encuentra en un LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir normalmente los beneficios de la parte D a través de la red de farmacias del LTC.

Si reside en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, consulte la la sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados

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

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

Nota especial sobre cobertura válida:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos para el siguiente año calendario es válida.

Si la cobertura del plan grupal es válida, esto quiere decir que nuestro plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de Medicare.

Guarde los avisos sobre la cobertura válida porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo la cobertura válida. Si no recibió un aviso de cobertura válida, solicite una copia al administrador de beneficios del plan del patrono o para jubilados, o al patrono o sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El centro de cuidados paliativos y el plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscripto en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no cubre el centro porque no se relaciona con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, el plan debe ser notificado por el prescriptor o por el proveedor del centro de cuidados paliativos de que el medicamento no se relaciona con la enfermedad o afección antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que el plan debería cubrir, solicite al proveedor de cuidados paliativos o al prescriptor que se lo notifique antes de que se surta la receta.

En el caso de que anule la elección del centro de cuidados paliativos o sea dado de alta del centro, el plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio del centro de cuidados paliativos de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar la anulación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

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

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

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de modo seguro los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se denomina Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usted utiliza medicamentos opioides que recibe de varios prescriptores o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus prescriptores para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Con los prescriptores, si decidimos que su consumo de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que usted obtenga estos medicamentos. Si lo incluimos en el DMP, las limitaciones pueden ser:

- solicitarle que obtenga todas las recetas de los medicamentos opioides o benzodiazepina de ciertas farmacias
- solicitarle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiazepina de ciertos prescriptores
- limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que le cubriremos

Si consideramos que una o más de estas limitaciones se deben aplicar, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos

medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo con un prescriptor o farmacia específico. Tendrá la posibilidad de comunicarnos los prescriptores o las farmacias a los que prefiere acudir, y de brindarnos cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta con la confirmación de la limitación. Si considera que cometimos un error o no coincide con la decisión que tomamos o la limitación que establecimos, usted y el recetador tienen derecho a solicitarnos una apelación. En caso de apelar, revisaremos el caso y le informaremos la nueva decisión. Si continuamos rechazando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que no se lo incluya en el DMP si padece ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con cáncer o deprimocitosis, si recibe cuidados paliativos, terminales o de un centro de cuidados paliativos, o si vive en un centro de cuidados de largo plazo.

Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) programa para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

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

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de costos de medicamentos o están en un programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar los opioides de modo seguro, pueden obtener los servicios a través de un programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede consultar sobre el mejor modo de tomar los medicamentos, los costos o cualquier problema o inquietud que surja sobre los medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de los medicamentos. Asimismo, obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma, los horarios en que los toma y el motivo por el que los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre el desecho seguro de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

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

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si usted decide no participar, notifíquelo y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que le pagar por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que le pagar por los medicamentos de la Parte D

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

En este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, debe conocer los medicamentos que están cubiertos, el lugar donde surtir sus medicamentos recetados y las normas que debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. el Capítulo 5 explica estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (<https://member.priorityhealth.com/login>), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de su bolsillo que tendrá que pagar. También puede llamar a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real”.

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

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

- **Deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **Copago** es el monto fijo que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- **Coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta para los gastos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de los gastos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Sus gastos de bolsillo **incluyen** los pagos que se detallan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos explicadas en el Capítulo 5):

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de deducible
 - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectúe durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos por Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicios de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Paso a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de \$2,100 en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

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

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

- Su prima mensual de plan
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que nuestro plan no cubre
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red

- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta y las vacunas cubiertas por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare
- Pagos que usted realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos por sus medicamentos realizados por determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud para Veteranos (VA)
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por terceros con obligación legal de pagar los costos por medicamentos recetados (por ejemplo, compensación para trabajadores)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de Descuento del Fabricante

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llame a Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711).

Seguimiento de sus costos totales de gastos de su bolsillo

- El *informe de la Explanation of Benefits (EOB) de la Parte D* que recibirá incluye el importe actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este importe alcance \$2,100, este (*EOB) de la Parte D* informe le indicará que ha dejado la Initial Coverage Stage y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.1, se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de PriorityMedicare Vintage (HMO-POS)

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos bajo **PriorityMedicare Vintage (HMO-POS)**. El monto que usted paga por cada receta médica depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o resurta una receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son:

- **Etapas 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapas 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapas 3: Etapa de cobertura catastrófica**

SECCIÓN 3 **Su *Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB)* explica en qué etapa de pago se encuentra**

Nuestro plan lleva un registro de sus costos de medicamentos recetados y de los pagos que realiza cuando surte recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de un medicamento a la siguiente. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos de su bolsillo:** este es el monto que pagó. Esto incluye lo que pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos realizado por “Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare, planes médicos de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el AIDS, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- **Costo totales de los medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

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

- **Información de ese mes.** Este informe proporciona detalles de pago sobre los medicamentos recetados que usted surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esto muestra el precio total del medicamento y la información sobre los cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos disponibles de menor costo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles que tienen un costo compartido más bajo para cada reclamación de receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de conocer las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar la totalidad del costo de un medicamento con receta. En estos casos, no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los gastos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos que paga de su bolsillo, denos copias de los recibos. **Estos son ejemplos de momentos en los que debe darnos copias de sus recibos de sus medicamentos:**
 - cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - cada vez que compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si le parece que el informe está incompleto o tiene alguna pregunta, llame a Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711). La *EOB de la Parte D* puede estar disponible electrónicamente en nuestro sitio web, ***Express-Scripts.com*** puede solicitar que le envíen por correo una copia impresa llamando a Atención al cliente. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto de deducible del plan, que es de \$615 para 2026. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra la culebrilla, el tétanos y los viajes. Por lo general, el **costo total** es menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos 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 bajo el Medicare Drug Price Negotiation Program.

Una vez que haya pagado \$615 por los medicamentos de, sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

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

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

El plan tiene niveles de 5 costo compartido

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

- **Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos:** Esta es la categoría más baja e 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 medicamentos genéricos. Usted paga \$35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel 4: Medicamentos no preferidos** Este nivel incluye medicamentos de marca no preferidos y algunos medicamentos genéricos de alto costo. Usted paga \$35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel 5 – Medicamentos especializados** Este es el nivel más alto e incluye medicamentos especializados, que se limitan a un máximo de un 30 días suministro por receta o reabastecimiento. Usted paga \$35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

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

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido estándares. Es posible que los costos sean menores en las farmacias que ofrecen costo compartido preferidos.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos preferidos costo compartido.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para saber cuándo cubriremos un medicamento con receta médica surtido en una farmacia fuera de la red, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4.
- Una pedido por correo farmacia de la red que ofrece costo compartido
- Las pedido por correo farmacias preferidas de nuestro plan, Express Scripts y Amazon, que ofrecen costo compartido

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de el *Directorio de proveedores/farmacias* del plan a [***priorityhealth.com/vintage26***](https://priorityhealth.com/vintage26).

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

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

El monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

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

Su costo por un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Estándar pedido por correo costo compartido (hasta un suministro para un 30-día)	pedido por correo preferido (Amazon) costo compartido (suministro de para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LongTerm Care, LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles.) (suministro para hasta 30 días)
Costo compartido Nivel 1 (Genéricos preferidos)	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Costo compartido Nivel 2 (Genéricos)	\$15 copago	\$8 copago	\$15 copago	\$8 copago	\$15 copago	\$15 copago
Costo compartido Nivel 3 (Marca preferida)	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total
Costo compartido Nivel 4 (Medicamento no preferido)	40 % del costo total	35 % del costo total	40 % del costo total	35 % del costo total	40 % del costo total	40 % del costo total

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Estándar pedido por correo costo compartido (hasta un suministro para un 30-día)	pedido por correo preferido (Amazon) costo compartido (suministro de para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LongTerm Care, LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles.) (suministro para hasta 30 días)
Costo compartido Nivel 5 (Especialidad)	25 % del costo total					

No pagará más de \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costo compartido, incluso aunque no haya pagado su deducible.

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

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

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

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Como el coseguro depende del costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago del medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que usted recibe en lugar de un mes entero. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos para un suministro *a largo plazo* (de hasta tres meses) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es para para hasta tres meses.

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

Sus costos para el suministro *a largo plazo* (para hasta tres meses) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Minorista estándar costo compartido (dentro de la red) (suministro para hasta tres meses)	Minorista preferido costo compartido (dentro de la red) (suministro para hasta tres meses)	Estándar pedido por correo costo compartido (suministro para hasta tres meses).	Preferido pedido por correo (Express Scripts y Amazon) costo compartido (suministro para hasta tres meses).
Costo compartido Nivel 1 (Genéricos preferidos)	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Costo compartido Nivel 2 (Genéricos)	\$45 copago	\$24 copago	\$45 copago	\$0 copago
Costo compartido Nivel 3 (Marca preferida)	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total
Costo compartido Nivel 4 (Medicamento no preferido)	40 % del costo total	35 % del costo total	40 % del costo total	35 % del costo total
Costo compartido Nivel 5 (Especialidad)	No hay disponible un suministro a largo plazo para medicamentos de Nivel 5.			

No pagará más de \$70 por el suministro para hasta 2 meses o \$105 por el suministro para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso aunque usted no haya pagado su deducible.

Sección 5.5 Permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los \$2,100

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que pague de su bolsillo totales alcancen los \$2,100. Usted pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

La *EOB de la Parte D* que usted recibirá lo ayudará a llevar un registro del monto que usted, el plan y terceros han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros llegan al límite de \$2,100 límite de paga de su bolsillo en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto. Para saber cómo Medicare calcula los gastos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 1.2.

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura catastrófica

Durante la Etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa en la Etapa de cobertura catastrófica cuando los gastos de su bolsillo alcanzan el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 7 Información de beneficios adicionales

¿Qué paga usted por otros medicamentos de la Parte D de Medicare en un entorno ambulatorio?

Los medicamentos de Medicare Parte D generalmente se consideran medicamentos autoadministrados. Un medicamento autoadministrado es uno que normalmente tomaría por su cuenta, ya sea por vía oral, aplicándolo sobre la piel (tópico), inyectándolo por vía subcutánea o inhalándolo. Por lo general, obtiene estos medicamentos en una farmacia. Sin embargo, hay ocasiones en las que también puede recibir medicamentos autoadministrados de la Parte D cubiertos por Medicare en un entorno ambulatorio (por ejemplo, PCP o consultorio especializado, centro ambulatorio como un centro de cirugía ambulatoria, cirugía ambulatoria en un hospital, sala de emergencias, atención de urgencia, etc.).

Si recibe un medicamento autoadministrado de la Parte D cubierto por Medicare en un entorno ambulatorio, no está cubierto por su Parte B o beneficio médico. Sin embargo, está cubierto por su beneficio de medicamentos con receta de la Parte D en virtud de este plan.

He aquí cómo funciona cuando recibe medicamentos autoadministrados de la Parte D cubiertos por Medicare proporcionados en un entorno ambulatorio.

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

- Cuando reciba el medicamento cubierto por la Parte D, pagará el costo total del medicamento.
- Luego podrá solicitar que el plan pague nuestra parte del costo según los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este documento (*solicitándonos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará la cantidad que pagó menos su copago normal por el medicamento cubierto por la Parte D menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el

médico o el centro ambulatorio y lo que pagamos habitualmente. (Si recibe Ayuda adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

SECCIÓN 8 Lo que pagas por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas – Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o póngase en contacto con Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711) para obtener información sobre cobertura y costo compartido en relación con vacunas específicas.

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D consta de dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **aplicarle la vacuna** (a veces se lo denomina administración de la vacuna).

El costo de la vacuna de la Parte D depende de tres factores:

- 1. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).**
 - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada a usted.
- 2. Dónde recibe la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede entregarse en una farmacia o en un consultorio médico.
- 3. Quién le aplica la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede aplicar la vacuna en la farmacia. Otra alternativa es que la aplique un proveedor en un consultorio médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le aplica la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y de la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- A veces, cuando se le aplica una vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del proveedor que se la aplica. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará todo lo que haya pagado.
- Otras veces, cuando se le aplique una vacuna, pagará sólo la parte del costo que le corresponda de acuerdo con su beneficio de la Parte D. Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación se presentan tres ejemplos de formas en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Le aplican la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro o copagos por la vacuna en sí, lo cual incluye el costo de la aplicación de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, quizás deba pagar el costo total de la vacuna propiamente dicha y el costo del proveedor que se la aplica.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, le reembolsarán todo el monto que haya pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos los coseguro o copagos de la vacuna (incluida la aplicación), y menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda adicional, le reembolsaremos la diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D propiamente dicha en una farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico, donde le aplican la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna propiamente dicha.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro o copagos por la vacuna propiamente dicha.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, es posible que usted tenga que pagar el costo total de este servicio.
- A continuación, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del plan del costo mediante los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, recibirá un reembolso por el monto total pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos el coseguro o copagos por la aplicación de la vacuna y menos la diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que pagamos normalmente (si recibe Ayuda adicional, le reembolsaremos la diferencia).

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde por los medicamentos o servicios cubiertos

A veces, cuando reciba atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama reembolso). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir algunas fechas límite para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

A veces, también puede suceder que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o, posiblemente, por más que su parte del costo compartido, como se analiza en el documento. Primero, trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato con nosotros, usted igualmente tiene derecho a recibir tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede que deba solicitarle al plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red de nuestro plan.

Fuera del área de servicio, usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. En esos casos,

- solo es responsable de pagar la parte del costo que le corresponde a usted por los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia tienen la obligación legal de brindar atención de emergencia.

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

- Si usted, paga el monto total en el momento de recibir el servicio, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Puede recibir una factura del proveedor en la que le solicite un pago que usted cree que no le corresponde. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

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

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

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

4. Cuando surte un medicamento con receta en una farmacia fuera de la red

Si usted va a una farmacia fuera de la red, la farmacia probablemente no pueda presentarnos el reclamo directamente a nosotros. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para ver un análisis de estas circunstancias. Es posible que no le devolvamos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

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

medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. el Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos el reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación dentro de un año a partir** de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento. Para reclamaciones de farmacia de la Parte D, debe **enviarnos su reclamación dentro de los tres años posteriores a** la fecha en que recibió el medicamento.

A fin de asegurarse de que nos proporciona toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para hacer su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (priorityhealth.com/vintage26) o llame Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman 711) y pida el formulario.

Para reclamaciones médicas: Envíe por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados correspondientes a la siguiente dirección:

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

Para reclamaciones de medicamentos recetados de la Parte D: Envíe por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados correspondientes a la siguiente dirección:

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

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

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

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

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o en el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener los detalles de cómo realizar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sus sensibilidades culturales

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

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de las formas en que nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, pero no están limitado a, provisión servicios de traducción, los servicios de interpretación, los telescritores o la conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de telescritores).

El plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. También podemos brindarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que le funcione a usted, llame a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan tiene la obligación de darles a las mujeres inscritas la opción de tener acceso directo a un especialista de salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventivos.

Si los proveedores de una especialidad de la red del plan no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores de la especialidad fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará los costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas de la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información sobre a dónde debe dirigirse para obtener este servicio por un costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener la información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar un reclamo ante Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711). También puede presentar una queja ante Medicare mediante un llamado a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de nuestro plan para que le provea y coordine sus servicios cubiertos. Usted también tiene derecho a visitar a un especialista en salud para la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión. No le solicitaremos que obtenga remisiones para recurrir a los proveedores dentro de la red.

Usted tiene derecho a programar citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un período razonable de tiempo*. Esto incluye el derecho a recibir oportunamente los servicios de especialistas cuando usted los necesite. Usted también tiene derecho a surtir y resurtir sus medicamentos recetados en cualquiera de nuestras farmacias dentro de la red sin largas demoras.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 9 le indica lo que puede hacer.

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo en las circunstancias que se indican abajo, si tenemos la intención de dar su información a cualquier persona que no le brinde atención o pague su atención, *tenemos la obligación de obtener antes el permiso por escrito de usted o de una persona a la que usted haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley.
 - Se nos exige divulgar información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención médica.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca

de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales; normalmente, esto requiere que no se comparta la información que lo identifique a usted de forma individual.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver su historia clínica archivada en nuestro plan y obtener una copia de sus registros. Tenemos permitido cobrarle un cargo por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corrijamos su historia clínica. Si nos pides que hagamos esto, trabajaremos junto con tu proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Usted tiene derecho a conocer cómo se divulgó su información de salud a otras personas por cualquier motivo que no fuera de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman 711).

Ingrese en Capítulo 11, Sección 7, *Avisos legales*, para nuestra política de privacidad completa.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea cualquiera de estos tipos de información, llame a Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionar información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionar información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer usted al respecto.** En el Capítulo 9 se brinda información sobre cómo pedir una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9 también se proporciona

información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, lo que también se llama apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores le deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de manera tal que usted comprenda*.

Usted también tiene derecho a participar de la toma de decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Usted tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que *si quiere*, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle **a otra persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darle a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **directivas anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos llamados **testamento vital** y el **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una directiva anticipada para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede pedir un formulario de directiva anticipada a su abogado, a un asistente social o conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Complételo y fírmelo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario al médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tomará las decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Le conviene darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Conserve una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Completar un documento de directivas anticipadas es su elección (incluso si desea firmarlo mientras se encuentra en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede denegar atención médica ni discriminarlo en función de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

Si sus instrucciones no se siguen

Si firma instrucciones anticipadas y cree que un médico u hospital no las ha seguido, puede presentar una queja ante el Departamento de Licencias y Asuntos Regulatorios, Oficina de Sistemas Comunitarios y de Salud:

Quejas sobre centros de salud
P.O. Box 30664
Lansing, MI 48909

Teléfono: 800.882.6006

Fax: 517.335.7167

Correo electrónico: **BCHS-Complaints@michigan.gov**

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se le informa lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **tenemos la obligación de tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 Si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema que tiene de estos lugares:

- **llamar a Atención al cliente en 888.389.6648 (TTY users call 711)**
- **Llama a tu SHIP local** en 800.803.7174
- **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY los usuarios llaman al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame al Atención al cliente de nuestro plan al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame al SHIP local** al 800.803.7174
- **Comuníquese con Medicare**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: www.Medicare.gov/publications/pdf/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)

SECCIÓN 2 Su responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Para preguntas, llame a Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este *Evidencia de cobertura* sabrá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudarlo a obtener la mejor atención, cuénteles a sus médicos y otros profesionales de la salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener respuestas que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas del plan.
 - Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican 2 tipos de procesos para gestionar los problemas e inquietudes:

- Para ciertos problemas, debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de reclamos** (también llamadas quejas).

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Cada proceso se compone de un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso adecuado que debe utilizar y qué debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

En algunas normas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo, se utilizan términos legales. Muchos de estos términos no son conocidos por la mayoría de las personas. Para que quede más claro, en este capítulo se utilizan palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos debe utilizar para obtener la ayuda o información adecuada, incluimos estos términos legales cuando le explicamos los detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene un reclamo sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Para obtener ayuda, debe llamar siempre a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También es posible que, en algunas situaciones, necesite ayuda o asesoramiento de alguien que no esté relacionado con nosotros. Las siguientes son dos organizaciones que pueden ayudarlo:

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos.

Programa de Asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP) – Información de contacto

Llame al	800.803.7174 o marque 211
Escriba	MMAP 6015 W St Joseph Hwy Ste. 103 Lansing, MI 48917
Sitio web	shiphelp.org/about-medicare/regional-ship-location/michigan

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

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

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema**¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?**

Esto incluye problemas para determinar si la atención médica (productos médicos, servicios médicos o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la modalidad de cobertura y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a **la sección 4, Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Vaya a **la sección 10, Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones y apelaciones de cobertura se refieren a problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, suministros, y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, solemos referirnos a los suministros médicos, los servicios y los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted usa el proceso de decisiones y apelaciones de cobertura para determinar asuntos tales como si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si nuestro médico de la red del plan le remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio al que se le remitió no se cubre en ningún caso. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se anule su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué cubriremos y cuánto pagaremos. En algunos casos, es posible que decidamos que la atención médica no está cubierta o que dejó de estar cubierta. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, antes o después de que reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

En ciertas circunstancias, puede solicitar una apelación acelerada o **rápida** de una decisión de cobertura. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión original, son los encargados de manejar su apelación.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las normas. Cuando finalicemos la revisión, le informaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se anule su solicitud. Si rechazamos la presentación de una apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos toda o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no esté relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Vaya a **la sección 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se examinan con más detalle en la sección 6.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede continuar a través de niveles adicionales de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentando una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar a Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711)**
- **Obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación superior al Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame a Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711) y pida el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible

en la página web de Medicare en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).

- En el caso de atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, se la enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o el profesional que le receta puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente, u otra persona sea su representante, llame a Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711) y pida el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). Este formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación que realiza un representante sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes del plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Damos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 8:** Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios:* atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué información se aplica en su caso, llame a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Los beneficios de atención médica que le corresponden se describen en el Capítulo 4 en la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos de qué manera las reglas para los medicamentos de la Parte B son diferentes de las reglas para los productos y servicios médicos.

En esta sección, se describe lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes 5 situaciones:

1. No está recibiendo determinada atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. la sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrarle y usted considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. la sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan, pero le comunicamos que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. la sección 5.3.**
4. Recibió y pagó por atención médica que considera que debe estar cubierta por nuestro plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. la sección 5.5.**
5. Le informamos que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo, y que nosotros aprobamos previamente, se reducirá o interrumpirá, y usted considera

que la reducción o interrupción de esta atención podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. la sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), vaya a las Secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo puede solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura que involucra su atención médica se denomina **determinación de la organización.**

Una decisión de cobertura rápida se llama una **determinación acelerada.**

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Por lo general, se toma una decisión de cobertura estándar dentro de los 7 días calendario cuando el producto o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se resuelve dentro de las 72 horas si se trata de servicios médicos o 24 horas si se trata de medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:

- Puede *solicitar solo* la cobertura de artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto su salud como su capacidad para recuperar la funcionalidad pueden resultar perjudicadas.

Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una determinación de cobertura rápida, automáticamente acordaremos otorgarle una determinación de cobertura rápida.

Si usted mismo solicita una determinación de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos una determinación de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:

- Que aplicaremos los plazos estándares.
- Que le otorgaremos una determinación de cobertura rápida automáticamente si su médico la solicita.

- Que puede presentar un reclamo rápido acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pedir a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Empiece llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o demos cobertura a la atención médica que desea. Usted, o su médico, o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le informamos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándares utilizamos los plazos estándares.

Esto significa que le brindaremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibir su solicitud de un producto o servicio médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si su producto o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le brindaremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que puede beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que *no debemos* tomar días adicionales, puede presentar un *reclamo rápido*. Le daremos una respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar un reclamo no es el mismo que el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la sección 10 para obtener más información sobre los reclamos).

Para decisiones de cobertura rápidas, utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un producto o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que puede beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

- Si usted considera que *no debemos* tomar días adicionales, puede presentar un *reclamo rápido*. (Consulte la sección 10 para obtener más información sobre los reclamos). Nos comunicaremos con usted tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos la totalidad o a parte de su solicitud, le enviaremos una declaración escrita con una explicación de por qué la respuesta es negativa.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión presentando una apelación. Esto significa volver a pedir la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura de atención médica se denomina una **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar suele realizarse en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida suele hacerse en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de un tipo de atención médica, usted o su médico tendrá que decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su estado de salud requiere una apelación rápida, se la concederemos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que se explican en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** desde la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para informarle la respuesta de la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, deberá explicar el motivo del retraso cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de

una causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información relativa a su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para apoyar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información y es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Si se trata de una apelación rápida, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
 - Si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que puede beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o hacia el final del período extendido si es que tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La sección 5.4 se explica el proceso de apelación del Nivel 2.
- **Si aprobamos una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud**, reenviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le enviará un aviso por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Si solicita una apelación estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un**

plazo de 7 días calendario después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo exige.

- Si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que puede beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que no debemos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos).
- Si no le informamos nuestra respuesta en el plazo establecido (o antes del final del plazo extendido), trasladaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 en la que una organización de revisión independiente revisará la apelación. la sección 5.4 se explica el proceso de apelación del Nivel 2.
- **Si aprobamos una parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o brindarle la cobertura dentro de los 30 días calendario si dicha solicitud es para un producto o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 El proceso de apelación de de Nivel 2

Términos legale:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. En ocasiones se denomina la **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Se encarga de determinar si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si se trata de una apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es por un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si en el Nivel 1 tuvo una apelación estándar, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si se trata de una apelación estándar y su solicitud es para un producto o servicio médico, la organización de revisión independiente debe responder su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** después de recibir dicha apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es por un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará la decisión y le explicará los motivos por los que la tomó.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de productos o servicios médicos**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **dentro de las 72 horas** o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, contamos con un plazo de **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud para un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B dentro de las **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes**

aceleradas, contamos con un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.

- **Si la organización rechaza total o parcialmente su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - Explica la decisión.
 - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un mínimo determinado. En el aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente se le comunicará el valor en dólares que debe cubrir para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Le informa cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación

- Hay otros 3 niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de 5 niveles de apelación). Si decide avanzar para presentar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibirá después de la apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado litigante manejan la apelación de Nivel 3. En la Sección 9, se explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5 Si nos pide que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación en la cual nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para utilizar su cobertura para la atención médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud, puede suceder lo siguiente:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago del costo generalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Esto es lo que sucede si rechazamos su petición:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le

enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por la atención médica y los motivos de esta decisión.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3.

En los casos de apelaciones relativas a un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- tenemos que darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si solicita que le reembolsemos la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que tenemos que efectuar el pago, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Si desea conocer los detalles de los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si en la farmacia le dicen que su receta no puede surtirse tal como está escrita, le entregarán un aviso por escrito en el que se explica cómo ponerse en contacto con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal:

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina decisión **de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se describe lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Pedir una excepción. la sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o requisitos de probar otro medicamento antes). **Pedir una excepción. la sección 6.2**
- Solicitar el pago de un importe inferior en costo compartido por un medicamento cubierto en un nivel superior costo compartido. **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Pedir la autorización previa de un medicamento. **Solicite que se tome una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya ha comprado. **Puede pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se le indica cómo pedir las decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos una **excepción al formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento una **excepción al formulario**.

Pedir que se pague un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera que a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos la solicitud de una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. Aquí están 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos en Nivel 4 para medicamentos no preferidos. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad costo compartido que pague por el medicamento.
- 3. Cambio de la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto menor es el número del costo compartido nivel, menor es la parte que usted paga por el costo del medicamento.
 - Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en una costo compartido categoría menor que su medicamento, nos puede solicitar que cubramos su medicamento en la costo compartido cantidad que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que lo cubramos con una costo compartido cantidad más baja. Esta sería la categoría más baja que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al costo compartido monto que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por la costo compartido cantidad que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca o genéricas para el tratamiento de su afección.
 - No puede solicitarnos que cambiemos el costo compartido nivel de ningún medicamento del Nivel 5 –Medicamentos especializados.
 - Si aprobamos su solicitud de excepción de categoría y hay más de una costo compartido categoría inferior con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente paga el monto menor.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si autorizamos su solicitud de una excepción, nuestra autorización normalmente es válida hasta el final del año del plan. Será válido mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legale:

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación de cobertura acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las Decisiones de cobertura estándar se toman en un plazo de **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las **Decisiones rápidas de cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir estos dos requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no haya recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para un reembolso de un medicamento que ya ha comprado).

- El uso de los plazos estándares podría causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad de funcionamiento.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indica que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o de una persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con las siguientes características:
 - Explicación de que utilizaremos los plazos estándares.
 - Explicación de que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicita la decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Información de cómo puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para el cuidado médico que desea. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura mediante nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS, que es disponible en nuestro sitio web [***priorityhealth.com/CoverageDetermination***](https://priorityhealth.com/CoverageDetermination). el Capítulo 2 contiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamo rechazado se está apelando.

Esto lo puede hacer usted, su médico (u otra persona que emite recetas) o su representante. Usted también puede buscar a un abogado que actúe en su nombre. la sección 4 explica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es la razón médica de la excepción. Su médico u otra persona que emite recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otra persona que emite recetas nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario.

Paso 3: Estudiamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.***Plazos para una decisión de cobertura rápida***

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que la apoya.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explique el motivo de nuestro rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos **proporcionarle la cobertura** que hemos acordado **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración de apoyo del médico.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura del medicamento que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación del plan**.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar suele realizarse en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida se hace generalmente en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que hemos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas medicamentos tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que se explican en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que emite recetas debe comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** el Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o puede llamarnos al 888.389.6648.** el Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de redeterminación del modelo de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web (priorityhealth.com/vintage26). Incluya su nombre, datos de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.

- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo por una causa justificada, explique el motivo por el cual se ha atrasado al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de causa justificada pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otra persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas de recibir su apelación.** Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos el motivo del rechazo y cómo puede apelar.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no ha recibido

- Para una apelación estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, debemos proporcionarle la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más de **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos el motivo del rechazo y cómo puede apelar.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, estamos obligados a efectuar el pago en un plazo de **30 días calendario** desde que recibimos la solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito de por qué la rechazamos. También le explicaremos cómo apelar nuestra decisión.

Paso 4: si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2**Término legal:**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces, se la denomina **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que expide recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, en el aviso escrito que le enviaremos se incluirán **las instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indican quién puede

presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.

- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se denomina su **expediente del caso. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente harán una revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta otorgarle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no recibió. Si nos solicita que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba una parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión independiente en un **plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

Para las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión independiente en **un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de la solicitud de reembolso** de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión independiente a su apelación es negativa?

Si esta organización rechaza una parte o la totalidad **de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud)**. (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se conoce como **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelación luego del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles del modo en que debe hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibe luego de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un árbitro. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se decida su fecha del alta, su médico o el personal del hospital le informarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

A los dos días calendario de ingresar en el hospital, recibirá una notificación por escrito denominada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas bajo cobertura de Medicare reciben una copia de esta notificación. Si no recibe la notificación de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítela a cualquier empleado del hospital. En caso de necesitar ayuda, comuníquese con Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY llaman a 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Le informa:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y luego de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber acerca de estos servicios, el responsable que los pagará y el lugar donde puede obtenerlos.
- El derecho a participar en cualquier decisión sobre la hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.
- El derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que el alta es demasiado pronto. Se trata de un modo formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de alta para que la atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. Guarde la copia de la notificación para tener a mano la información sobre el modo de presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención médica) en caso de que la necesite.

- Si firma la notificación más de dos días calendario antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para consultar una copia de esta notificación por adelantado, puede comunicarse con Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver la notificación en Internet en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Para solicitarnos que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados que usted recibió por un período más prolongado, utilice el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos correspondientes.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Atención al cliente al 888.389.6648 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su State Health Insurance Assistance Program (SHIP) para obtener ayuda

Programa de Asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP) – Información de contacto

Llame al	800.803.7174 o marque 211
Escriba	MMAP 6015 W St Joseph Hwy Ste. 103 Lansing, MI 48917
Sitio web	shiphelp.org/about-medicare/regional-ship-location/michigan

La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso. La **organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que el gobierno federal paga para que controlen y mejoren la calidad de la atención médica para personas con Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata del alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le explica el modo de comunicarse con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes de* abandonar el hospital y **no más tarde de la medianoche del día del alta**.
 - **Si cumple este plazo**, podrá permanecer en el hospital *luego de* la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple este plazo**, contacta con nosotros. Si decides quedarte en el hospital luego de la fecha prevista del alta, *es posible que tenga que abonar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba luego de la fecha prevista del alta.

Una vez que solicite una revisión inmediata del alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a que nos pongamos en contacto con usted, le entregaremos una **notificación detallada de alta**. Esta notificación indica la fecha de alta prevista y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **aviso detallado de alta** comunicándose con Atención al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O también puede ver un ejemplo de la notificación en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el que considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, consultarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores nos informaron de la apelación, recibirá una notificación por escrito de nuestra parte en la que se indica la

fecha prevista de alta. En esta notificación también se explican detalladamente las razones por las que el médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (medicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad ha dicho *no* a su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

En una apelación de Nivel 2, le solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a revisar la decisión que se tomó en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza la apelación de Nivel 2, deberá abonar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha de alta prevista.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** luego de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad revisarán de nuevo con cuidado toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de haber recibido la solicitud de una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre la apelación y se la informarán.***Si la organización de revisión acepta:***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los gastos de atención médica que haya recibido en el hospital desde el mediodía del día siguiente a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionándole cobertura de atención hospitalaria por el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe continuar abonando su parte de los gastos y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión no acepta:

- Significa que coincide con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1. Esto se denomina confirmar la decisión.
- En la notificación que reciba se le explicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la Organización de revisión independiente no acepta, deberá elegir si desea seguir apelando y pasar al Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de cinco niveles de apelación). Si decide avanzar para presentar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles del modo de hacerlo en la notificación escrita que recibirá luego de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un árbitro. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Al recibir **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)**, tiene derecho a continuar recibiendo los servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar la enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención médica, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando se cancele su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.*

Si cree que la cobertura de su atención se cancela demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Términos legale:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación acelerada**. Solicitar una apelación acelerada es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención.

- 1. Recibe un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso te dice:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación acelerada para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
- 2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso muestra *solo* que ha recibido el información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos correspondientes.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Atención al cliente al 888.389.6648 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada

Programa de Asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP) – Información de contacto

Llame al	800.803.7174 o marque 211
Escriba	MMAP 6015 W St Joseph Hwy Ste. 103 Lansing, MI 48917
Sitio web	shiphelp.org/about-medicare/regional-ship-location/michigan

La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a los que el gobierno federal paga para que controlen y mejoren la calidad de la atención médica para personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir determinados tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la organización para la mejora de la calidad y solicite una apelación rápida. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*), se le informa cómo comunicarse con esta organización. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número telefónico de la organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la organización para la mejora de la calidad con el objetivo de iniciar **su apelación durante el mediodía anterior a la fecha de vigor que se indica** en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la organización para la mejora de la calidad utilizando la información de contacto que se encuentra en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización para la mejora de la calidad de su estado también se pueden encontrar en el Capítulo 2.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.**Términos legale:**

Explicación detallada de la no cobertura Notificación que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, el motivo por el que consideran que debería continuar la cobertura de los servicios. No debe preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización revisora también examinará la información médica, consultará con el médico y revisará la información que el plan le ha proporcionado.
- Al final del día en que los revisores nos comuniquen su apelación, recibirá la *explicación detallada de no cobertura* en la que se indican los motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: en el plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan; los revisores le comunicarán su decisión.**¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?**

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan la apelación?

- Si los revisores *rechazan* la apelación, **la cobertura finalizará en la fecha que le informamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de reposo especializado o servicios en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *luego* de la fecha en la que finaliza su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación del Nivel 1 – y usted decide seguir recibiendo la atención médica después de que haya finalizado la cobertura – puede presentar otra apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

En una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que vuelva a revisar la decisión que se tomó en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza la apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de reposo especializado, o de los servicios en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *luego* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Vuelva a comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después de que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* la apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención médica después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención médica que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir cubriendo** la atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si decide avanzar para presentar una apelación de

Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibirá después de la apelación de Nivel 2.

- Un juez administrativo o un abogado adjudicador manejan la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Llevando su apelación al los Nivel 3, 4 y 5

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

Es posible que esta sección sea adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares de un elemento o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba por la apelación de Nivel 2 explicará lo que debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos del mismo modo. A continuación se menciona al responsable de manejar la revisión de la apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo** o un árbitro que trabaja para el gobierno federal revisará la apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el árbitro acepta la apelación, el proceso de apelaciones puede o no concluir.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelar se avanzará a una apelación de Nivel 4
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario luego de recibida la decisión del juez administrativo o del árbitro.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- **Si el juez administrativo o el árbitro rechaza su apelación, el proceso de apelación puede o no concluir.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelación concluye.

- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará la apelación y le dará una respuesta. El consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si el consejo acepta o rechaza la solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable. Decidiremos si apelar esta decisión a Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en el plazo de 60 días calendario luego de recibida la decisión del consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no concluir*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelaciones ha finalizado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el consejo de apelaciones rechaza la apelación, en la notificación que reciba se le indicará si las normas le permiten avanzar a una apelación de Nivel 5 y el modo de continuar con la apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **tribunal de distrito federal** revisará la apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar o no* la solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No existen más niveles de apelación luego del tribunal de distrito federal.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones para Solicitudes de medicamentos de la Parte D

Es posible que esta sección le sea adecuada si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado llega a un monto determinado de dólares, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará lo que debe hacer y la persona con quien se debe comunicar para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos del mismo modo. A continuación se menciona al responsable de manejar la revisión de la apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez administrativo o un árbitro que trabaja para el gobierno federal revisará la apelación y le dará una respuesta.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el juez administrativo o abogado adjudicador **dentro de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar en 30 días calendario** de haber recibido la decisión.
- **Si su solicitud es rechazada, es posible que el proceso de apelación se termine o siga.**
 - Si usted decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará la apelación y le dará una respuesta. El consejo trabaja para el gobierno federal.

- **Si aceptan la apelación, el proceso de apelación ha finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago a no más de 30 días calendario** de haber recibido la decisión.
- **Si se rechaza la apelación, el proceso de apelación puede o no concluir.**
 - Si decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelación ha finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el consejo rechaza la apelación o la solicitud para revisar la apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Además se le indicará el responsable con quien comunicarse y lo que debe hacer a continuación si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **tribunal de distrito federal** revisará la apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *no* la solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No existen más niveles de apelación luego del tribunal de distrito federal.

Presentar Quejas

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

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo de
Calidad de la atención médica	• ¿No se encuentra satisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Considera que alguien no respetó el derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No se encuentra satisfecho con el Atención al cliente? • ¿Siente que lo alientan a dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, u otros profesionales de salud? ¿O por el Atención al cliente u otro personal del plan? ◦ Por ejemplo, esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o de examen.
Limpieza	• ¿No se encuentra satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?

Queja	Ejemplo de
Información que recibe de nosotros	• ¿No le hemos enviado una notificación obligatoria? • ¿La información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la <i>puntualidad</i> de las acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y considera que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación se presentan algunos ejemplos: • Nos ha solicitado una <i>decisión rápida de cobertura</i> o una <i>apelación rápida</i>, y la hemos rechazado; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsar determinados artículos o servicios médicos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Si cree que no hemos cumplido los plazos requeridos para remitir su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamación**.

Presentar una queja se denomina **presentar una reclamación**.

Utilizar el proceso de quejas se denomina **utilizar el proceso de presentación de reclamaciones**.

Una **queja rápida** se denomina **reclamación acelerada**

Paso 1: Comuníquese inmediatamente, por teléfono o por escrito.

- **Llamar a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si hay algo más que debe hacer, Atención al cliente se lo hará saber.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su reclamo por escrito y enviarlo a nuestras oficinas.** Si presenta su reclamo por escrito, se lo responderemos por escrito.

- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman al 711) y solicite el *formulario de Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. Este formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación se desestimarán. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado en el colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.
- Para las quejas estándar, intentamos resolver las inquietudes durante el primer punto de contacto. Si esto no es posible, intentaremos hacerlo dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha de recepción de su queja. Podemos extender el plazo en hasta 14 días calendario si solicita una extensión o si necesitamos información adicional y retrasamos nuestra respuesta en su mejor interés.
- Puede solicitar una queja acelerada siempre que amplíemos el plazo para tomar una determinación de organización o cobertura, ampliar el plazo para tomar una decisión para una reconsideración o redeterminación, denegar su solicitud de una apelación acelerada o denegar su solicitud de una determinación de organización acelerada. Si desea presentar una queja acelerada, puede comunicarse con Atención al cliente al 888.389.6648. Para quejas expeditas, respondemos verbalmente dentro de las 24 horas si la queja se recibe oralmente. Si la queja acelerada se recibe en un formato escrito, responderemos verbalmente dentro de las 24 horas Y por escrito dentro de los tres (3) días naturales posteriores a la notificación verbal.
- La **fecha límite** para presentar un reclamo es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más

tiempo, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos demorar más días, se lo comunicaremos por escrito.

- **Si presenta una queja debido a que hemos denegado su solicitud de decisión de cobertura rápida o de apelación rápida, le brindaremos automáticamente una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no coincidimos** con una parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema sobre el que se queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le demos.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja se refiere a la *calidad de la atención*, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 posee información de contacto.
O
- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Puede dejar nuestro plan porque decide que *quiere* dejarlo. En las secciones 2 y 3 se brinda información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si dejará nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su parte del costo hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierto

Puede finalizar su membresía de nuestro plan durante el **período de inscripción abierto** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida la cobertura del próximo año.

- **El Período de inscripción abierta** es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **Elija mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el siguiente año.** Si usted decide cambiarse a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado. o
 - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días

consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigencia el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede:
 - cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si usted elige pasarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.

- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC).
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Nota:** Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Tu puede elegir:

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

Nota: si cancela su inscripción en un cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta de 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Generalmente, su membresía se cancelará** el primer día del mes posterior a la recepción de tu solicitud de cambio de plan.
- **Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de cobertura de sus medicamentos** : Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, salvo que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede:

- **Llamar a Atención al cliente at 888.389.6648 (TTY users call 711)**
- Encontrar la información en el manual **Medicare & You 2026** (Medicare y Usted 2026).
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Cómo finalizar tu membresía en nuestro plan

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

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	- Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. - Su inscripción en PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare por separado	- Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. - Se cancelará automáticamente su inscripción en PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado	Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Atención al cliente al 888.389.6648 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. - También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se le cancele la inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. - su inscripción al PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) se cancelará cuando empiece su cobertura en Medicare Original.

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

Hasta que finalice su membresía y su nueva cobertura de Medicare comienza la cobertura, usted debe seguir recibiendo sus artículos médicos y servicios, y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- Siga usando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o pedido por correo obtener sus medicamentos con receta.**

- **Si está hospitalizado el día que se cancela su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) debe cancelar su membresía en ciertas situaciones

PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) debe finalizar su membresía en nuestro plan si sucede alguna de las siguientes cosas:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si se muda fuera del área de servicio
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llamar a Atención al cliente en 888.389.6648 (TTY los usuarios llaman 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso
- Si no paga las primas del plan para 90 días
- Debemos notificarle por escrito que tiene que pagar la prima 90 días de nuestro plan antes de que finalicemos su afiliación.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos.

- Si no paga la prima del plan Suplementario Opcional, nos reservamos el derecho de finalizar su membresía en su plan Suplementario Opcional. Esto significa que su membresía en el plan opcional finalizará, pero seguirá siendo miembro de su plan Priority Health Medicare.
 - Debemos avisarle con anticipación por escrito que no ha pagado su prima.
 - Este aviso por escrito enviado 60 días antes de la fecha en que finalizará su plan Suplementario Opcional sirve para informarle de nuestra intención de rescindir los beneficios.
 - Si usted no paga su prima en la fecha indicada en su aviso anticipado de terminación involuntaria de su plan Suplementario Opcional, cancelaremos su inscripción.
 - No podremos restablecer sus beneficios hasta el siguiente año del plan o período especial de elección (SEP, por sus siglas en inglés).
 - Todas las reclamaciones incurridas después de que se rescindan sus beneficios suplementarios serán su responsabilidad.

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llamar a Atención al cliente en 888.389.6648 (TTY los usuarios llaman 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada a su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY llamada 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este *Evidencia de cobertura* documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Atención al cliente en 888.389.6648 (los usuarios de TTY llaman a 711). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Atención al cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS), como una organización Medicare

Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre la coordinación de beneficios con terceros pagadores

Sección 4.1 Derechos de recuperación

Como explicamos en Capítulo 2, Sección 7 ("Cómo funciona otro seguro con nuestro plan"), coordinamos los beneficios con terceros pagadores según las reglas establecidas por Medicare. Incorporamos esas reglas de Medicare en esta *Evidencia de cobertura* (consulte "Más información" a continuación) en la medida en que lo permita la ley. Los pagadores de terceros incluyen (entre otros) otra cobertura de plan de salud, seguro de responsabilidad civil (como seguro de responsabilidad civil de automóviles o de propietarios de viviendas), cobertura de automovilista con seguro insuficiente/sin seguro, cobertura de "Med-Pay", planes o seguro de compensación para trabajadores, seguro sin culpa, entidades autofinanciadas que brindan dicha cobertura y cualquier otra entidad o persona que sería el pagador principal según las disposiciones del Pagador secundario de Medicare. Según las reglas de Medicare, tenemos derecho a recuperar los montos que pagamos por los servicios de los que son responsables los terceros pagadores, incluidos los montos que los terceros pagadores le pagan a usted.

Sección 4.2 Subrogación y reembolso

Nuestros derechos de recuperación incluyen el derecho a la subrogación (lo que significa que podemos ponernos en su lugar y demandar a un tercero directamente por los montos que pagamos por los servicios que le prestamos como resultado de una enfermedad o lesión) y un derecho de reembolso (lo que significa que tenemos derecho a ser reembolsados de cualquier recuperación que usted reciba o haya recibido de terceros por los montos que pagamos por los servicios que le prestamos como resultado de una enfermedad o lesión). Tenemos derecho a los derechos de subrogación y reembolso que tiene Medicare en virtud de la disposición de Pagador Secundario de Medicare, en la medida en que lo permita la ley. La Ley de Seguro Social prevalece sobre las leyes estatales y los requisitos estatales que de otro modo podrían interferir con estos derechos. Nuestros derechos de recuperación no están limitados por las estipulaciones de los acuerdos de liquidación, a menos que seamos parte del acuerdo. Cuando actuamos como proveedores de servicios médicos, nuestra recuperación se basará en el valor razonable de los beneficios proporcionados.

Sección 4.3 Gravamen sobre los ingresos

Tendremos un derecho de retención sobre el producto de cualquier fallo, liquidación u otra recompensa o cobro que reciba de un tercero pagador en la medida de cualquier pago que realicemos por servicios de atención médica que se le proporcionen y que estén relacionados con el producto. Nuestro gravamen será el primer reclamo prioritario sobre los ingresos. Usted debe mantener las ganancias en fideicomiso para nosotros. La transferencia de los ingresos a un tercero no anula nuestros derechos de recuperación si los ingresos fueron o están destinados a su beneficio.

Sección 4.4 Notificación de un posible pagador externo

Debe notificarnos tan pronto como sea posible, pero en cualquier caso dentro de los treinta (30) días posteriores a la presentación de una reclamación o una acción legal contra una persona o entidad que pueda ser un tercero pagador con respecto a los servicios que se le proporcionen como resultado de una enfermedad o lesión. Su notificación debe ser por escrito y explicar la base de la reclamación. Envíe su notificación a:

Priority Health Medicare
Unidad de Subrogación de Medicare Advantage, MS 2205
1231 East Beltline Ave. NE
Grand Rapids, Michigan 49525

Sección 4.5 Cooperación

Cuando se le solicite, debe reconocer nuestros derechos de recuperación por escrito. Sin embargo, nuestros derechos de recuperación no dependen de su reconocimiento. Debe informarnos lo antes posible, por escrito, sobre cualquier situación que pueda involucrar nuestros derechos en virtud de esta sección. Usted debe cooperar con nosotros para ayudar a proteger nuestros derechos bajo esta sección. Ni usted ni nadie que actúe en su nombre puede hacer nada para dañar nuestros derechos en virtud de esta sección. Podemos recuperar de usted los gastos en los que incurramos debido a su falta de cooperación para hacer valer nuestros derechos en virtud de esta sección.

Sección 4.6 Más información

Esto la sección 4 contiene un resumen de nuestros derechos en virtud de las disposiciones de Pagador secundario de Medicare. Incorporamos las disposiciones del Pagador secundario de Medicare en esta *Evidencia de cobertura* en la medida en que lo permita la ley. Para obtener más información, consulte las disposiciones de Pagador secundario de Medicare en § 1862(b) de la Ley de Seguro Social (42 C.F.R. § 1395y(b)) y 42 C.F.R. Parte 411, subpartes B – H

Sección 4.7 Definición

A los efectos de esta la sección 4, "usted" significa usted, su patrimonio, su tutor o cualquier otra persona que actúe en su nombre.

SECCIÓN 5 *Aviso sobre la Evidencia de cobertura: los Términos son vinculantes*

Al inscribirse en nuestro plan y aceptar los beneficios bajo esta Evidencia de Cobertura, usted acepta los términos de esta Evidencia de Cobertura, incluidos los términos de esta el Capítulo 11.

SECCIÓN 6 *Aviso sobre las decisiones de cobertura y los derechos de apelación*

Si desea impugnar cualquier decisión de cobertura que tomemos con respecto a sus beneficios, incluida cualquier decisión de cobertura que implique las reglas para coordinar

los beneficios, debe seguir los procedimientos de el Capítulo 9, "¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)".

SECCIÓN 7 Aviso de las Normas de Privacidad

Este Aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. REVÍSELA DETALLADAMENTE.

Nuestro compromiso con usted

Priority Health y Priority Health Choice, Inc. (conocida como "Priority Health") comprende la importancia de manejar la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) con atención. Estamos comprometidos a proteger la privacidad de la PHI de nuestros miembros en todos los entornos. Las leyes estatales y federales nos exigen que nos aseguremos de que su PHI se mantenga en privado.

Cuando se inscribe en Priority Health o utiliza los servicios proporcionados por un plan de Priority Health, su PHI puede ser divulgada a Priority Health y por Priority Health. Su PHI se comparte y se utiliza para organizar y supervisar su atención médica, pagar sus reclamaciones médicas y ayudar en las operaciones de atención médica.

La ley federal exige que le proporcionemos este Aviso de prácticas de privacidad. Este Aviso establece nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. También establece sus derechos legales en virtud de estas leyes con respecto al uso o la divulgación de su PHI. Priority Health está obligado por ley a cumplir con los términos del Aviso de prácticas de privacidad actualmente en vigencia. También estamos obligados a notificar a los afectados después de una violación de la PHI no segura.

El uso y la divulgación de su PHI

Las siguientes secciones describen las formas en que Priority Health usa o comparte su PHI sin su autorización por escrito. Su PHI no se comparte con nadie que no tenga la "necesidad de saber" para realizar una de las siguientes tareas.

Tratamiento. Priority Health puede usar o revelar su información de salud protegida a quienes lo están tratando para organizar y supervisar su atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre sus medicamentos recetados con su proveedor para comprender mejor cómo proporcionarle atención médica.

Pago. Priority Health puede usar su PHI o compartirla con terceros para cobrar primas, establecer la elegibilidad o pagar su atención médica. Por ejemplo, podemos usar su PHI cuando recibimos una reclamación de pago. Su reclamo nos dice qué servicios recibió y puede incluir un diagnóstico. También podemos revelar su información de salud protegida a otra compañía de planes de salud si está cubierto por más de un plan de salud.

Funciones de atención médica. Priority Health puede usar o compartir su información de salud protegida a terceros para ayudar en las actividades de trabajo cotidianas de Priority Health, como observar la calidad de su atención, llevar a cabo una revisión de la utilización y llevar a cabo programas de manejo de enfermedades. Por ejemplo, su PHI, junto con la PHI de otros miembros de Priority Health, puede ser utilizada por el personal de Priority Health

para revisar la calidad del cuidado médico brindado por los proveedores de atención médica. Priority Health también puede usar o compartir su información de salud protegida para suscribir, inscribir y otras actividades relacionadas con la creación, renovación o reemplazo de un plan de salud. Sin embargo, Priority Health no puede usar ni compartir información genética para decidir si le brindaremos cobertura y el precio de esa cobertura. Tenga en cuenta que no destruimos su PHI cuando termina su cobertura con nosotros. Puede ser necesario usar o compartir su PHI para los fines descritos anteriormente, incluso después de que finalice su cobertura. Se mantendrán las políticas y procedimientos de privacidad para evitar el uso o la divulgación incorrectos de su PHI.

A usted y a su representante personal. Podemos compartir su PHI con usted o su representante personal, que es alguien que tiene derecho legal para actuar en su nombre.

A otras personas involucradas en su atención. En ciertos casos, podemos compartir su PHI con un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique si está involucrada en su cuidado de la salud o en el pago de su cuidado de la salud. Por ejemplo, podemos discutir una decisión de reclamo con usted en presencia de un amigo o un pariente, a menos que usted se oponga.

Si no puede decirnos su preferencia, compartiremos su PHI si creemos que es lo mejor para usted. Por ejemplo, podemos revelar su información protegida de salud protegida cuando usted está inconsciente. También podemos compartir su información de salud protegida cuando sea necesario para reducir una amenaza grave a la salud o seguridad.

Esto también se aplica al Acuerdo de Atención Médica Organizada (OHCA) entre Priority Health y Corewell Health. Priority Health compartirá su PHI con Corewell Health para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Priority Health se reserva el derecho legal de que la organización o cualquier persona cambie su participación en la OCHA entre Priority Health y Corewell Health.

Otro uso o uso compartido de su PHI sin su autorización por escrito

Priority Health puede o debe compartir su información de salud protegida de otras maneras que generalmente contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación.

Priority Health también puede usar o compartir su PHI:

- Cuando lo exija la ley.
 - Para fines de aplicación de la ley.
 - Cuando sea necesario para procedimientos judiciales o administrativos, tales como procedimientos judiciales.
 - Para el cumplimiento de los requisitos de compensación de trabajadores, según lo autorizado por la ley aplicable.
 - Para diversas funciones gubernamentales, como las agencias de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por la ley, las Fuerzas Armadas para el personal activo, las Agencias de Inteligencia para la seguridad nacional y el Departamento de Estado por razones de servicios extranjeros, como la autorización de seguridad.

- Según sea necesario para que un médico forense, un examinador médico, un funcionario encargado de hacer cumplir la ley o un director de funeraria lleven a cabo sus deberes legales con respecto a una persona fallecida o a las organizaciones de donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos de cadáveres.
- Para asuntos de interés público.
 - Denunciar abuso, negligencia o violencia doméstica de adultos.
 - Prevenir una amenaza grave para la salud y la seguridad de una persona o de una comunidad.
 - Informar a las organizaciones de obtención de órganos y donación de tejidos.
 - Para actividades de salud pública y seguridad, incluido el control de enfermedades y la notificación de estadísticas vitales, la notificación de abuso infantil y la supervisión de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
 - Para fines de investigación, siempre que se cumplan los estándares de privacidad de investigación aplicables.
 - Para hacer una recopilación de información anónima, que es PHI que no se puede rastrear hasta usted.
 - De vez en cuando, nos comprometemos con terceros, llamados socios comerciales, para proporcionarnos diversos servicios. Siempre que un tercero involucre el uso o el intercambio de su información de salud personal, tendremos un contrato escrito con ese tercero diseñado para proteger la privacidad de su información de salud personal. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud protegida con socios comerciales que procesan reclamos o llevan a cabo programas de manejo de enfermedades en nuestro nombre.

El uso o la divulgación de su información de salud protegida con patrocinadores de planes de salud grupales

Esta sección del Aviso de prácticas de privacidad se aplica solo a los planes de salud grupales.

Priority Health puede compartir su PHI con el patrocinador de su plan de salud grupal, generalmente su empleador, sobre si está inscrito o cancelado en el plan de salud grupal. Priority Health también puede compartir información de salud resumida con el patrocinador, que es un resumen de la cantidad, el tipo y el historial de reclamaciones pagadas bajo el plan de salud grupal del patrocinador con la mayoría de la información de identificación, como su nombre, edad y dirección, excepto el código postal, eliminado. El patrocinador puede usar esta información para obtener ofertas de primas para la cobertura del plan de salud o para decidir si modifica, enmienda o finaliza el plan. Si el patrocinador de su plan de salud grupal toma las medidas apropiadas para cumplir con las regulaciones federales de privacidad, Priority Health también puede compartir su información de salud protegida con el patrocinador para la administración del plan de salud grupal por parte del patrocinador.

Otros usos o divulgación de su PHI solo mediante autorización por escrito

Priority Health no puede usar ni compartir su PHI sin su autorización por escrito, excepto como se describe en este Aviso. Puede otorgarnos una autorización por escrito para usar su PHI o compartirla con cualquier persona para cualquier fin. Si nos da su autorización por escrito, puede retirar (revocar) la autorización por escrito en cualquier momento mediante una notificación 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 cubiertas por su autorización por escrito, pero no afectará ningún uso o intercambio de su PHI permitido por la autorización por escrito mientras estaba en efecto. También debemos obtener su autorización por escrito para vender su PHI a un tercero o, en la mayoría de los casos, para usar o compartir su PHI para enviarle comunicaciones sobre productos y servicios. Sin embargo, no necesitamos su autorización por escrito para enviarle comunicaciones sobre alternativas de tratamiento, recordatorios de tratamiento y productos o servicios relacionados con la salud, siempre que los productos o servicios estén asociados con su cobertura o sean ofrecidos por nosotros. Nunca venderemos su PHI ni la usaremos ni compartiremos con fines de marketing sin su autorización por escrito.

Debemos recibir su autorización por escrito para compartir notas de psicoterapia, a excepción de ciertas actividades de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Un padre, tutor legal o defensor del paciente debidamente nombrado puede representarlo y proporcionar o revocar la autorización por escrito para usar o compartir su PHI si usted no puede hacerlo. Se pueden requerir documentos judiciales para verificar esta autoridad.

Impacto potencial de otras leyes aplicables

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) generalmente no se anticipa ni anula otras leyes que brindan a las personas mayores protecciones de privacidad. Por lo tanto, si alguna ley de privacidad estatal o federal nos exige proporcionarle más protecciones de privacidad, estamos obligados a cumplir con esa ley además de la HIPAA.

Nuestras políticas y procedimientos

Contamos con políticas y procedimientos que protegen la privacidad de su PHI.

- Todos los empleados reciben capacitación cuando son contratados y anualmente.
- Todos los empleados deben reconocer que entienden que están obligados a mantener la privacidad de la PHI del miembro. También se enteran de las acciones que tomará la empresa si no se siguen las políticas de privacidad.
- Priority Health tiene un control estricto del acceso a la información electrónica y en papel específica para los miembros. Solo aquellos usuarios autorizados con contraseña tienen acceso a la información electrónica. La información en papel se almacena 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

Tiene los siguientes derechos legales:

Derecho legal a inspeccionar y copiar.

Usted tiene el derecho legal de ver y obtener una copia de su PHI que se pueda utilizar para tomar decisiones sobre su atención y el pago de su atención, siempre y cuando las mantengamos. Hay casos limitados en los que es posible que rechacemos su solicitud para inspeccionar y copiar estos registros. Si se le niega el acceso a su PHI, puede solicitar que se revise la denegación. Si solicita una copia de su PHI, podemos cobrarle un cargo por el costo de copiar, enviar por correo y otros costos relacionados con su solicitud. Para inspeccionar y copiar su PHI, comuníquese con el Departamento de cumplimiento de Priority Health.

Derecho legal a corregir su historial médico y de reclamaciones.

Usted tiene el derecho legal de solicitar que Priority Health modifique cualquiera de su PHI que utilizamos para tomar decisiones sobre usted. En general, Priority Health no modificará estos registros si no los creamos o si determinamos que son precisos y completos. Para solicitar que modifiquemos su PHI, debe escribir al departamento de Cumplimiento de Priority Health e incluir una razón para respaldar el cambio.

Derecho legal a conocer un informe de las divulgaciones.

Tiene el derecho legal de solicitar un informe de las divulgaciones, que es una lista de las veces que compartimos su PHI durante los 6 años anteriores a la fecha de su solicitud. La contabilidad de las divulgaciones no incluirá los momentos en que se compartió la PHI: para llevar

- a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.
- A usted o a su representante personal.
- A cualquier persona que haya dado su autorización por escrito.
- Para fines de seguridad nacional o inteligencia.
- A las instituciones correccionales o a las fuerzas del orden, como se describe en este Aviso.
- Como parte de un conjunto de datos limitado, que es una recopilación de su PHI que no lo identifica directamente.

Su solicitud debe indicar de qué manera desea la lista, por ejemplo, en papel o electrónicamente. La primera lista que solicite en un plazo de 12 meses será gratuita. Podemos cobrarle los costos de proporcionar listas adicionales. Le notificaremos sobre los costos y usted puede optar por revocar o modificar su solicitud en ese momento antes de que le cobremos ninguna tarifa.

Derecho legal a solicitar restricciones.

Usted tiene el derecho legal de solicitar un límite en su PHI que usamos o compartimos. No estamos obligados por ley a aceptar su solicitud. Si aceptamos su solicitud de restricción, la cumpliremos a menos que su PHI sea necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe realizar su solicitud por escrito al departamento de Cumplimiento de Priority Health. En su solicitud, debe decirnos:

- Qué PHI desea limitar.
- Ya sea que desee limitar nuestro uso, uso compartido o ambos.
- A quién desea que apliquen los límites.

Priority Health le notificará, ya sea por escrito o por teléfono, cuando recibamos su solicitud y sobre cualquier restricción con la que estemos de acuerdo.

Derecho legal a solicitar comunicaciones confidenciales.

Puede solicitar que Priority Health se comunique con usted a través de otras formas o en una ubicación diferente. Por ejemplo, es posible que desee que le enviemos su PHI, como la Explicación de Beneficios (EOB) y otra información de reclamo, a una dirección diferente. Priority Health aceptará su solicitud si usted indica claramente por escrito que comunicarse con usted sin usar otras formas o en una ubicación diferente podría ponerlo en peligro. Priority Health se adaptará a su solicitud si es razonable, especifica las otras formas o la ubicación diferente y nos permite cobrar las primas y pagar las reclamaciones. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe realizar su solicitud por escrito al departamento de Cumplimiento de Priority Health.

Derecho legal a una copia impresa de esta Notificación.

Tiene derecho legal a una copia impresa del aviso actual de las prácticas de privacidad de Priority Health si lo solicita. Para obtener una copia en papel de este Aviso, llame a nuestro Atención al cliente departamento. De lo contrario, también puede imprimir una copia de este Aviso desde nuestro sitio web en priorityhealth.com/vintage26.

Quejas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Priority Health y/o la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante Priority Health, llame o envíe una explicación por escrito del problema al departamento de privacidad de Priority Health. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

Nuestras responsabilidades

Priority Health tiene las siguientes responsabilidades:

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su PHI.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su PHI.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su PHI de otra manera que no sea como se describe aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito en caso de que cambie de parecer.

Cambios en este Aviso

Priority Health tiene derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento. Cualquier cambio en nuestra Notificación de las Normas de Privacidad será efectivo para toda la PHI que mantenemos, incluida la PHI independientemente de cuándo se creó o recibió. Proporcionaremos una copia del nuevo Aviso, o información sobre los cambios en nuestras prácticas de privacidad y cómo obtener el nuevo Aviso, en nuestro próximo envío anual a los miembros que estén cubiertos por uno de nuestros planes de salud. El nuevo Aviso también estará disponible a solicitud y se publicará en nuestro sitio web.

Información de contacto

Si tiene preguntas sobre cómo se puede usar y compartir su PHI y cómo obtener acceso a esta información, comuníquese con el departamento de privacidad de Priority Health. Si tiene alguna otra pregunta o inquietud, contacte al departamento de Cumplimiento de Priority Health.

Priority Health Compliance Department:

Priority Health Compliance Department
1231 East Beltline Ave. NE
Grand Rapids, MI 49525
616.942.0954
800.942.0954

Priority Health Privacy Department:

Priority Health
Chief Privacy Officer
100 Michigan Street NE
Grand Rapids, MI 49503
616.486.4113

Este Aviso entra en vigencia: **domingo, septiembre 01, 2019**

Aviso anual de la Ley de Derechos sobre Cáncer y Salud de la Mujer de 1998 (WHCRA)

¿Sabía que su plan de salud, según lo exige la WHCRA, puede proporcionar beneficios para servicios relacionados con mastectomías? Esto incluye:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica.
- Prótesis y tratamiento de las complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Consulta los documentos de tu plan para obtener más información, que se pueden encontrar en tu cuenta de miembro en member.priorityhealth.com. Llame al número que aparece en su tarjeta de identificación de afiliado para obtener más información.

Información personal y social relacionada con su salud

Podemos recopilar, recibir y mantener información personal y social diversa relacionada con su salud, como raza, etnia, idioma, orientación sexual, identidad de género y otros factores sociales como vivienda, transporte o acceso a alimentos saludables. Nos aseguramos de que esta información esté protegida como se describe en este Aviso.

Podemos usar esta información para:

- Crear y enviar información de educación para la salud.
- Crear programas para mejorar los resultados de salud.
- Asegúrese de recibir la atención que necesita.
- Informe a los proveedores sobre sus necesidades lingüísticas.
- Proporcionar servicios de interpretación y traducción.

No utilizamos esta información para:

- Determinar los beneficios.
- Decide cuánto cobrar por los servicios.
- Emitir cobertura médica.
- Compartir con usuarios no aprobados.

Información importante para los miembros

Visite priorityhealth.com/important-information para obtener información adicional que se aplica a usted como afiliado de Priority Health.

El término "Salud Prioritaria" se refiere a cuatro corporaciones: "Priority Health Choice, Inc." (una corporación sin fines de lucro de Michigan), "Priority Health" (una corporación sin fines de lucro de Michigan), "Priority Health Insurance Company" (una corporación sin fines de lucro de Michigan) y "Priority Health Managed Benefits, Inc." (una corporación comercial de Michigan).

*Priority Health es una marca registrada y se utiliza con el permiso del propietario.
Priority Health es un empleador que promueve la igualdad de oportunidades.*

CAPÍTULO 12: Definiciones

Apelación – una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio – área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención al cliente – un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía y beneficios, reclamos y apelaciones.

Atención de emergencia – servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autoadministrado – un medicamento autoadministrado es uno que normalmente tomaría por su cuenta tomándolo por vía oral, poniéndolo en su piel (tópico), inyectándolo por vía subcutánea o inhalándolo.

Autorización previa – aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio – una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional – un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Beneficios complementarios opcionales – beneficios que Medicare no cubre y que se pueden comprar por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.

Biosimilar – un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica (consulte “**Biosimilares intercambiables**”).

Biosimilar intercambiable – Un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cancelar o cancelación de la inscripción – el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Cantidad autorizada – el importe máximo en dólares autorizado para servicios cubiertos que prestan los proveedores y centros participantes o los proveedores y centros no participantes.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) – servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) – un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio – un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta – cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare) – seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago – un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido (por ejemplo \$10) más que un porcentaje.

Coseguro – un monto que se le pedirá que pague, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte de los costos por los servicios o medicamentos con receta después de que pague los deducibles.

Costo compartido diario – es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Costo compartido estándar – es el costo compartido estándar que no es el costo compartido preferido que ofrece una farmacia de la red.

Costo compartido preferido – costo compartido preferido significa un costo compartido menor para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Costo de suministro – un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos compartido – el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. (Esto es complementario a la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: 1) todo monto del deducible que pueda imponer un plan antes de que se cubran los servicios o medicamentos; 2) cualquier monto de copago fijo que un plan exija al recibir servicios o medicamentos específicos; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exija al recibir servicios específicos o medicamentos específicos.

Costos que paga de su bolsillo – consulte la definición de costo compartido. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que paga de su bolsillo un miembro.

Cuidado asistencial – el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es brindado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional e incluye actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las

personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible – es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura – una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización – una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Dispositivos ortésicos y protésicos – dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

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

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) – ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapas de cobertura catastrófica – es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) ha gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada de los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapas de cobertura inicial – esta es la etapa antes de que sus costos de desembolso para el año alcancen el monto umbral de desembolso.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información – en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u

otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción – un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted desea que renunciemos a la restricción de criterios, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos – cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de **Priority**Medicare Vintage (HMO-POS), solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red – una farmacia contratada por el plan donde los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red – farmacia que no tiene un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Formulario (Lista de Medicamentos o Lista de Medicamentos Cubiertos) – lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan y aprobados por Medicare.

Herramienta de beneficio en tiempo real – una aplicación de computadora o portal en la que las personas inscritas pueden buscar información de beneficios y formularios completos, precisos, oportunos, clínicamente apropiados, específicos de las personas inscritas. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos del formulario alternativos que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado, y restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento progresivo, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio – un beneficio que ofrece un tratamiento especial a un miembro en quien se ha certificado médicamente una enfermedad terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Indicación médicamente aceptada – un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de formulario del American Hospital y la Información DRUGDEX de Micromedex sistema.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI) – es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Internación – sucede cuando un paciente se ingresa formalmente a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Ver también **Observación y Pacientes Ambulatorios**.

Límites de cantidad – una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos – consulte el Formulario.

Lista de Medicamentos Cubiertos – Ver Formulario.

Medicaid (o asistencia médica) – programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario – significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca – medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico – un medicamento con receta que está aprobado por la FDA, dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico.

Medicamento seleccionado – un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos – es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Medicare – el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen Enfermedad Renal Terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan) – una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo de desembolso personal – pago máximo de desembolso personal durante el año calendario para los servicios cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y los medicamentos recetados no se aplican al cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. Verá un asterisco (*) en la el Capítulo 4 cuadro de beneficios médicos sobre servicios, como sus beneficios suplementarios, que no se aplican a su monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red.

Multa por inscripción tardía de la Parte D – monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después que sea elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Nivel de costo compartido – cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare de pago por servicio) – el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Parte C – Consulte: Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficio – forma en la que Medicare Original mide su uso de los servicios en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada y finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria como paciente internado (o atención especializada en un SNF) por 60 días consecutivos. Un nuevo período de beneficios ocurre cuando usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada, una vez finalizado el período anterior. El número de períodos de beneficios es ilimitado.

Período de inscripción abierta – es el período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los afiliados pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos o pasarse a Medicare Original.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta separado de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage es también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción anual – el período que va del 15 de octubre al 7 de diciembre todos los años, en el que los miembros pueden modificar sus planes de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

Período de inscripción especial – un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un asilo de ancianos, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial – el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Personas doblemente elegible – Una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales – un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de necesidades especiales doble (D-SNP) – Los planes D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad del individuo.

Plan de necesidades especiales institucionales equivalentes (IE-SNP) – un IE-SNP restringe la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

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

Plan de salud de Medicare – un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, planes de necesidades especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan institucional de necesidades especiales (I-SNP) – los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP institucionales equivalentes (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en las instalaciones (FI-SNP).

Plan Medicare Advantage (MA) – a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de

Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan PACE – un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTSS) para personas vulnerables de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare) – el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio justo máximo – el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Prima – el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico – Medicamento de venta con receta elaborado 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 pueden copiarse exactamente, por lo cual las formas alternativas se denominan biosimilares. (Ver también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Producto biológico original – Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) – un programa de Medicare Part D para necesidades de salud complejas que se brinda a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un programa de administración medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o profesional de la salud para revisar los medicamentos.

Programa de descuento del fabricante – Un programa bajo el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por medicamentos y productos biológicos de marca de la Parte D cubiertos. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Proveedor de atención primaria de su (Primary Care Physician/Provider, PCP) – un médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red – proveedor es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica.

Proveedores de la red tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los beneficiarios nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Punto de servicio (pos): un beneficio ofrecido que le permite obtener servicios cubiertos por médicos y hospitales fuera de la red de proveedores de nuestro plan o "fuera de la red" cuando busca servicios dentro del área de servicio. Es posible que tenga un costo adicional.

Queja – el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas *solo* se aplica para determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

Reclamo – un tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de su atención médica. Los reclamos no están relacionados con disputas de cobertura ni de pago.

Remisión – una orden por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios cubiertos – es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los beneficios dentales, para la visión o la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de rehabilitación – estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios preventivos – atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades 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).

Servicios urgentemente necesarios – Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata pero que no es una emergencia se considera un servicio urgentemente necesario si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o si, dado su tiempo, lugar y circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red con los cuales el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – consulte Ayuda adicional.

Tratamiento escalonado – herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Umbral de gastos de bolsillo – el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

We offer free language assistance services and auxiliary aids and services.

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 (ܐܺܪܺܝܺܝܺܐ) - ܠܗܝܡܢܐ ܠܬܘܦܝܪ ܡܥܠܘܡܐܬ ܒܬܢܨܝܦܐܬ ܝܡܟܢ ܠܠܘܥܘܠ ܝܠܝܗܐ ܡܟܐܢܐ. ܐܬܠܬ ܥܠ ܪܩܡ 800.942.0954 (TTY: 711) ܐܘ ܬܚܕܬ ܝܠܝ ܡܩܕܡ ܬܠܡܕܐ. ܠܗܝܡܢܐ ܠܬܘܦܝܪ ܡܥܠܘܡܐܬ ܒܬܢܨܝܦܐܬ ܝܡܟܢ ܠܠܘܥܘܠ ܝܠܝܗܐ ܡܟܐܢܐ. ܐܬܠܬ ܥܠ ܪܩܡ 800.942.0954 (TTY: 711) ܐܘ ܬܚܕܬ ܝܠܝ ܡܩܕܡ ܬܠܡܕܐ.

Bengali (বাংলা) - মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। 800.942.0954 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

Bosnian/Croatian (Bosanski/Hrvatski) - PAŽNJA: Ako govorite bosanski/hrvatski, dostupne su vam besplatne jezičke usluge. Odgovarajuća pomagala i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima takođe se pružaju besplatno. Pozovite 800.942.0954 (TTY: 711) ili kontaktirajte svog pružatelja usluga.

Brazilian Portuguese (Português do Brasil) - ATENÇÃO: Se você fala português do Brasil, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 800.942.0954 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

Chinese – Simplified (中文) - 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 800.942.0954 (TTY: 711) 或咨询您的服务提供商。

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 Sprachassistentendienste 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: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 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 بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں 800.942.0954 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے 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.

Source: lep.gov and cms.gov Last updated: May 2025

10003-304 H8379_NCMS400040102558BG_C 04302025

Y0056_NCMS400040102558BG_C 04302025

©2025 Priority Health PH032 PH_33078-1.2 05/25

PriorityMedicare Vintage (HMO-POS) Atención al cliente

Atención al cliente – Información de contacto

Call	888.389.6648 Las llamadas a este número son gratuitas. 8 a. m. a 8 p. m. ET los 7 días de la semana. Atención al cliente también tiene servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. al mediodía, hora del este
FAX	616.942.0995
Escriba	Departamento de Atención al cliente, MS 1115 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525 <u>MedicareCS@priorityhealth.com</u>
Sitio web	<u>priorityhealth.com/vintage26</u>

Programa de Asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMA)

Programa de Asistencia de Medicare/Medicaid de Michigan (MMA) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Información de contacto

Llame al	800.803.7174 o marcar 211
Escriba	MMA 6015 W St Joseph Hwy Ste. 103 Lansing, MI 48917
Sitio web	<u>shiphelp.org/about-medicare/regional-ship-location/michigan</u>

PriorityMedicare Vintage's la red de farmacias de Michigan ofrece acceso limitado a farmacias preferidas de costos reducidos. Los costos más bajos anunciados en el material de nuestro plan para estas farmacias pueden no estar disponibles en la farmacia que utiliza. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de la red, incluso saber si hay farmacias preferidas de costos reducidos en su área 888.389.6648, llame al. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o consultar el *Directorio de proveedores/farmacias* en línea al **priorityhealth.com/vintage26**.

Declaración sobre divulgación de la PRA Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995, PRA), nadie está obligado a responder a una recopilación de información, a menos que esta incluya un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



prioritymedicare.com