Priority Health

2027
Evidencia de Cobertura

PriorityMedicare® Thrive Plus (PPO)
Ofrecido por Priority Health

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Aprobación OMB 0938-1051 (Expira el: 31 de julio de 2029)
H4875_110011502707_C

Del 1 de enero al 31 de diciembre 2027

Evidencia de cobertura para 2027:

Beneficios y servicios para la salud y cobertura de medicamentos de Medicare como miembro de **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO)

Este documento proporciona detalles de la cobertura de atención médica de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- Su prima del plan y costo compartido
- Sus beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo contactarnos
- Otras protecciones requieridas por la ley de Medicare

Para obtener más información, comuníquese con nuestro número de Atención al cliente al 833.415.4381. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo de 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, **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO), se ofrece a través de Priority Health. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nos”, “nosotros” o “nuestro”, significa Priority Health. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO)).

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 2028.

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

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5
SECCIÓN 1 Eres un miembro de **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) 5
SECCIÓN 2 Requisitos de Elegibilidad del plan 6
SECCIÓN 3 Materiales importantes de miembros 7
SECCIÓN 4 Resumen de Costos Importantes para 2027 9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan 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 Thrive Plus (PPO) 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 Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica 37
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención 41
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? 43
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 44
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 46
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 47

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) 49

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 49

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra tus beneficios y costos médicos 51

SECCIÓN 3 Servicios no están cubiertos por nuestro plan (exclusions) 131

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D 137

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan 137

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 137

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan 142

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 144

SECCIÓN 5 ¿Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que a usted le gustaría? 145

SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año 148

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 150

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento con receta 152

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 152

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 154

CAPÍTULO 6: Lo que le pagar por los medicamentos de la Parte D 157

SECCIÓN 1 Lo que le pagar por los medicamentos de la Parte D 157

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) 159

SECCIÓN 3 Su *Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB)* explica en qué etapa de pago se encuentra 160

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible 162

SECCIÓN 5 La Etapa De Cobertura Inicial 162

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura catastrófica 168

SECCIÓN 7 Información de beneficios adicionales 168

SECCIÓN 8 Lo que paga por las vacunas de la Parte D 169

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por de servicios médicos o medicamentos cubiertos 172

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde por los medicamentos o servicios cubiertos 172

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 175

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 176

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 177

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sus sensibilidades culturales 177

SECCIÓN 2 Su responsabilidades como miembro de nuestro plan 183

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 185

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 185

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 185

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema 186

SECCIÓN 4 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones 187

SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 190

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 198

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto 209

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 214

SECCIÓN 9 Llevando su apelación al los Niveles 3, 4 y 5 218

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 221

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan 226
SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan 226
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 226
SECCIÓN 3 Cómo finalizar tu membresía en nuestro plan 229
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 229
SECCIÓN 5 **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) debe cancelar su membresía en ciertas situaciones 230

CAPÍTULO 11: Avisos legales 232
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 232
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 232
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 232
SECCIÓN 4 Aviso sobre la coordinación de beneficios con terceros pagadores 233
SECCIÓN 5 Aviso sobre la *Evidencia de cobertura*: los Términos son vinculantes . . 234
SECCIÓN 6 Aviso sobre las decisiones de cobertura y los derechos de apelación . . 234
SECCIÓN 7 Aviso de las Normas de Privacidad 235

CAPÍTULO 12: Definiciones 242

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Eres un miembro de **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO)

Sección 1.1 Usted está inscrito en **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO), que es una Organización de proveedores preferidos (PPO) de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de medicamentos y de salud de Medicare mediante **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO), nuestro plan. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costo compartido y el acceso a los proveedores de este plan son diferentes a los de Medicare Original.

PriorityMedicare Thrive Plus (PPO) es un plan PPO de Medicare Advantage (PPO significa Organización de Proveedores Preferidos). Al igual que todos los planes de salud de Medicare, este plan Medicare PPO está aprobado por Medicare y dirigido por una compañía privada.

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 Thrive Plus (PPO) 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 Thrive Plus (PPO) entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

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 Thrive Plus (PPO) después del 31 de diciembre de 2027. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) 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:

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Usted es un ciudadano o nacionalizado estadounidense, o no ciudadano elegible.

Sección 2.2 El área de servicio del plan para **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO)

PriorityMedicare Thrive Plus (PPO) 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:

Región 1:			
Allegan	Barry	Ionia	Kent
Montcalm	Muskegon	Ottawa	
Región 2:			
Berrien	Branch	Calhoun	Cass
Clinton	Eaton	Gratiot	Hillsdale
Ingham	Jackson	Kalamazoo	St. Joseph
Van Buren			
Región 5:			
Genesee	Lapeer	Lenawee	Livingston
Macomb	Monroe	Oakland	Saginaw
St. Clair	Shiawassee	Washtenaw	Wayne

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 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, 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 comunique con el Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

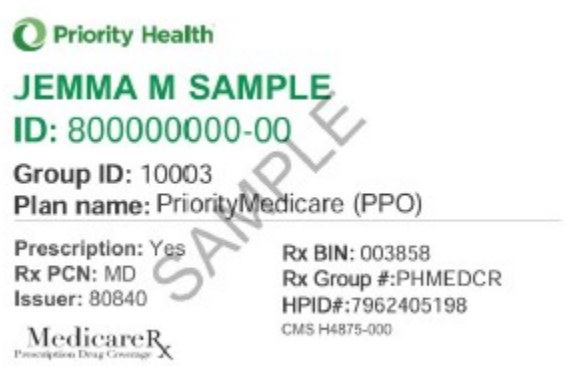
Sección 2.3 Ciudadano o nacional de Estados Unidos, o no ciudadano elegible

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 Thrive Plus (PPO) si usted no es elegible para seguir siendo afiliado de nuestro plan por este motivo. **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) 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 Thrive Plus (PPO), 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 833.415.4381 (TTY los usuarios llaman 711) para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores/farmacias

El *Directorio de proveedores/farmacias* disponible en ***priorityhealth.com/27thriveplus*** enumera nuestros proveedores actuales de la red, proveedores de equipos médicos duraderos y farmacias de la red.

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

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro de la red o fuera de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y se consideren necesarios por razones médicas. Sin embargo, si usa un proveedor fuera de la red, su parte de los costos por los servicios cubiertos puede ser mayor. Consulte el capítulo 3 para ver información más específica.

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 preferidoscosto compartido, 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 833.415.4381 (los usuarios de TTY llaman 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en ***priorityhealth.com/27thriveplus*** 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 Thrive Plus (PPO). 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 hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) Lista de medicamentos.

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

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite ***priorityhealth.com/27thriveplus*** o llame a Atención al cliente al 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de Costos Importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener detalles.	$66 - $68
Monto máximo de gastos de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener detalles).	**De proveedores dentro de la red:** $6,600 **De proveedores de la red y fuera de la red combinados:** $6,600
Visitas al consultorio de atención primaria	**Dentro y fuera de la red** $0 copago por visita.
Visitas al consultorio del especialista	**Dentro y fuera de la red** $0 a $40 copago por visita.
Hospitalización para pacientes internados Incluye varias hospitalizaciones, como rehabilitación de cuidados agudos y cuidados a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que se lo admite formalmente con la orden de un médico y termina el día antes de ser dado de alta.	**Dentro y fuera de la red** Para hospitalizaciones de pacientes internados cubiertas por Medicare: $375 copago por día para los días 1-7. $0 por días adicionales de hospitalización.
Cobertura de medicamentos Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más información, incluyendo el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	**Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D** $225 en los niveles 3 a 5 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.

	Sus costos en 2027
Cobertura de medicamentos Parte D (continuación)	**Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:** **Medicamento de Nivel 1:** $1 copago en una farmacia preferida de la red o $6 copago en una farmacia estándar de la red **Medicamento de Nivel 2:** $7 copago en una farmacia preferida de la red o $12 copago en una farmacia estándar de la red **Medicamento de Nivel 3:** 22 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 25 % del costo total en una farmacia estándar de la red Usted no paga más de $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Medicamento de Nivel 4:** 31 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 36 % del costo total en una farmacia estándar de la red Usted no paga más de $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Medicamento de Nivel 5:** 30 % del costo total en una farmacia preferida de la red o 30 % del costo total en una farmacia estándar de la red Usted no paga más de $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Etapa de cobertura catastrófica:** Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga costo compartido para los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de Medicare Part B (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 medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.6)

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. La siguiente tabla muestra el monto de la prima mensual del plan en cada región que atendemos.

Nota: Su área de servicio incluye todos los condados que se enumeran a continuación. Para obtener detalles sobre qué esperar cuando se muda fuera del área de servicio o de una región a otra, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3.

Región	Condado	Prima
Región 1:	Allegan, Barry, Ionia, Kent, Montcalm, Muskegon, Ottawa	$66
Región 2:	Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Clinton, Eaton, Gratiot, Hillsdale, Ingham, Jackson, Kalamazoo, St. Joseph, Van Buren	$68
Región 5:	Genessee, Lapeer, Lenawee, Livingston, Macomb, Monroe, Oakland, Saginaw, St. Clair, Shiawassee, Washtenaw, Wayne	$67

En algunos casos, su prima del plan podría ser menor.

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen Ayuda Adicional (Extra Help) y Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. Obtenga más información sobre estos programas en el Capítulo 2, Sección 7. Si es elegible, inscribirse en uno de estos programas podría reducir su prima mensual del plan.

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.** Hemos le enviamos un inserto separado, que se denomina *Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar medicamentos recetados* (también conocido como *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS*), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este anexo, llame Atención al cliente al 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pregunte por la *Cláusula LIS*.

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 2027 (Medicare y usted), la sección llamada *Costos de Medicare de 2027*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (Medicare.gov/medicare-and-you). O bien puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Part B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, **usted 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 del beneficio complementario 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 4 del Capítulo 2.1 para obtener más información.

Opción 1 del paquete dental y de la vista mejorado: $42 de prima mensual.

Opción 2 del paquete dental y de la vista mejorado: $61 de 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 periodo 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 recetados. Cobertura acreditable de medicamentos recetados 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 recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de medicamentos recetados 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 prima trimestral. Cuando se inscribe por primera vez en **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO), 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** tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados;

- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin una cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente (como un exempleador, 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 de 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 recetados de Medicare.
    - **Nota:** El aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable que estaba previsto que pagara el mismo monto que el plan de medicamentos estándar de Medicare.
    - **Nota:** Las siguientes no son coberturas acreditables de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, 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.
- 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 2027, el monto promedio de esta prima es de $41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica la cantidad de meses sin cobertura (porcentaje de penalización) por el 1% de la prima mensual del plan de referencia nacional para beneficiarios y luego lo redondea a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si está 14 meses sin la Parte D u otra cobertura válida, la multa sería 14% veces $41.33, que es igual a $5.79. Este monto se redondea a $5.80. Este monto se agregará a la **prima mensual del plan para la persona con la multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Tres factores importantes a tener en cuenta sobre la multa por inscripción tardía mensual de la Parte D:

- **La multa puede cambiar todos los años** debido a que la prima base nacional para beneficiarios puede variar todos los años.
- **Por lo general, seguirá pagando la multa** todos los meses durante todo el tiempo que esté suscrito en un plan con beneficios de medicamentos de Medicare Part D, incluso si cambia de planes.
- Si tiene *menos de* 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 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 Periodo de inscripción inicial al cumplir los requisitos de edad para Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una reconsideración (apelación) de la multa. Una organización de revisión independiente realiza la consideración, que no estará relacionada con nosotros. Por lo general, debe solicitar esta reconsideración **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, por lo general no tendrá otra oportunidad de solicitar una reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

Importante: no deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que reconsideremos 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

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como la Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados, según consta en su declaración de impuestos del IRS de 2 años atrás. Si esta cantidad supera una determinada cantidad, usted pagará la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar una IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague habitualmente la prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, usted recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga la IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con el pago de IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para averiguar cómo se hace, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.6 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan 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 del plan

Sección 5.1 Cómo pagar su prima del plan

Existen cuatro formas para pagar la prima del plan.

Opción 1: Cheque o giro postal

Puede pagar su prima mensual mediante cheque o giro postal. Los pagos deben hacerse a nombre de Priority Health e incluir su número de identificación (ID) de miembro en el campo 'Memo'. Su identificación (ID) de miembro se puede encontrar en su factura o tarjeta de identificación (ID) de miembro de Priority Health. Para pagar por correo, adjunte su pago en el sobre de devolución proporcionado junto con la mitad inferior de su factura. Si ha extraviado 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 elegir que su prima o primas mensuales se retiren automáticamente de su cuenta bancaria. El monto total adeudado se deducirá el primer día hábil de cada mes. Esto puede incluir primas vencidas. Tenga en cuenta que los pagos se aplicarán al saldo pendiente más antiguo adeudado. Si se realiza un crédito en su cuenta, se aplicará a las primas futuras adeudadas. En este caso, de su cuenta solo se deducirá la prima restante adeudada en la fecha del débito automático. Los pagos recibidos antes de la fecha de vencimiento se reflejarán en la siguiente factura. Visite ***priorityhealth.com/paymypremium*** o llame a Atención al cliente al 833.415.4381 si tiene preguntas relacionadas con la configuración de su retiro automático.

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 se producen dos o más NSF en un período de tres meses, dejaremos de retirar su prima mensual del plan automáticamente y le enviaremos una factura por correo cada mes.

Opción 3: Pago con tarjeta de crédito

Puede pagar las primas de su plan estableciendo un pago único con tarjeta de crédito, o estableciendo pagos recurrentes con tarjeta de crédito en línea en ***priorityhealth.com/paymypremium*** o llamando a Atención al cliente al 833.415.4381. Tenga en cuenta que los pagos con tarjeta de crédito pueden tardar hasta 10 días hábiles en reflejarse en su cuenta de Priority Health.

Opción 4: que las primas del plan se descuente del cheque del Seguro Social que recibe mensualmente.

Puede pedir que su prima mensual del plan se descuente de su cheque mensual de la Administración de Seguro Social (SSA). Esto evitará el riesgo de que se cancele su inscripción en su plan de beneficios suplementarios opcionales (OSB) o su cobertura médica Para establecer la deducción de su cheque del Seguro Social, puede enviar una solicitud en línea en ***priorityhealth.com/paymypremium*** o llamar a Atención al cliente al 833.415.4381, y enviaremos la información a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Podría tomar varios meses antes de que la Administración del Seguro Social (SSA) comience a deducir sus primas.

- Dependiendo de la fecha en que se inscriba, es posible que deba pagar sus primeros meses de prima por otro método. Si es necesario, le enviaremos una factura por correo. Puede enviar el pago por correo (cheque o giro postal) o pagar en línea.
- Su primera deducción de la SSA puede mostrar varios meses de primas deducidos a la vez. Esto puede ocurrir si las primas se pagan retroactivamente a la fecha de inicio solicitada, dependiendo del tiempo que tardó la SSA en aceptar su solicitud.
- Si por alguna razón no se acepta su solicitud de deducción de la SSA, Medicare detendrá su solicitud. En ese caso, Priority Health le notificará y le facturará directamente sus primas mensuales.

Cómo cambiar la manera en que paga la prima del plan. Si decide cambiar la forma de pagar su prima del plan, 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. 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 quiere cambiar su método de pago, Puede hacerlo en cualquier momento visitando ***priorityhealth.com/paymypremium*** o contactando a Atención al cliente al 833.415.4381.

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 el pago de su prima de su plan

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 833.415.4381 (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 la prima de su plan, tendrá cobertura de salud bajo Medicare Original. Además posiblemente no podrá recibir la cobertura de medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el periodo de inscripción anual. (Si supera los 63 días sin cobertura de medicamentos acreditable, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la 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 833.415.4381 entre 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. 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 su 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 es elegible para la Ayuda Adicional (Extra Help) o pierde su elegibilidad para la Ayuda Adicional (Extra Help) durante el año, la parte de la prima de su plan que tiene que pagar puede cambiar. Si califica para Ayuda Adicional (Extra Help) con los costos de cobertura de medicamentos, Ayuda Adicional (Extra Help) paga parte de sus primas mensuales de su plan. Si pierde su elegibilidad para la 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 nos 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 833.415.4381 (los usuarios de TTY llaman a 711).

También es importante que se comunique 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 833.415.4381 (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 grupal 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 (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 Thrive Plus (PPO)

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 Thrive Plus (PPO) Atención al cliente. Con gusto lo ayudaremos.

Atención al cliente – información de contacto	
Llame al	833.415.4381 Las llamadas a este número son gratis. 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 gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis, 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 a	Priority Health Medicare Departamento de Atención al cliente, MS 1115 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
Sitio Web	***priorityhealth.com/27thriveplus***

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	833.415.4381 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	Priority Health Medicare Departamento de Administración de Salud, MS 1255 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
Sitio web	***priorityhealth.com/27thriveplus***

Decisiones de cobertura para medicamentos de la Parte D - Información de contacto	
Llame al	833.415.4381 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

Decisiones de cobertura para medicamentos de la Parte D - Información de contacto	
	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	Priority Health Medicare Medicare Parte D, MS 1260 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
Sitio web	***prioritythealth.com/27thriveplus***

Apelaciones sobre la atención médica - Información de contacto	
Llame al	833.415.4381 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	Priority Health Medicare Coordinador de apelaciones, MS 1150 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
Sitio web	***prioritythealth.com/27thriveplus***

Apelaciones para medicamentos de la Parte D - Información de contacto	
Llame al	833.415.4381 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	877.974.4411
Escriba	Priority Health Medicare Coordinador de apelaciones de la Parte D, MS 1260 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
Sitio web	***priorityhealth.com/27thriveplus***

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	833.415.4381 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.

Reclamos sobre la atención médica o los medicamentos de la Parte D - información de contacto	
	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	Priority Health Medicare Coordinador de quejas de Medicare, MS 1150 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
Sitio web de Medicare	Puede presentar un reclamo sobre **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) directamente ante Medicare en Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médicao 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.

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	833.415.4381 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.

Solicitudes de pago por atención médica - 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	616.942.0995
Escriba	Priority Health Medicare Departamento de Atención al cliente, MS 1115 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
Sitio web	***priorityhealth.com/27thriveplus***

Solicitudes de pago por medicamentos de la Parte D - información de contacto	
Llame al	833.415.4381 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
Escriba	Priority Health Medicare Medicare Parte D, MS 1260 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids MI 49525
Sitio web	***priorityhealth.com/27thriveplus***

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 Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio Web	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos que participan en Medicare u otros proveedores de suministros y proveedores de atención médica. • 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.

Medicare – Información de contacto	
	• Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para comunicarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO). **Para presentar un reclamo ante Medicare,** ingrese en 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 sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En Michigan, el SHIP se llama Opciones MI.

Opciones MI es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). 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.

Los asesores del Opciones MI 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 Opciones MI 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.

Opciones MI – información de contacto	
Llame al	800.803.7174 De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes
TTY	711 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Opciones MI PO Box 30676 Lansing, MI 48909
Sitio Web	michigan.gov/MDHHSMIOptions

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 Commence Health.

Commence Health tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Commence Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con la Commence Health 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.

Commence Health (Michigan's Organización para la mejora de la calidad) – 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	711 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Commence Health, BFCC-QIO Program PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Sitio Web	commencehealthqio.cms.gov

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.

Securo 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	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. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de Medicare Part A y Part B, y otros costo compartido (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona que reúne los requisitos (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.

- **Trabajador discapacitado calificado (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas de ahorros de Medicare, 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 a	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan 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 (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre cómo reducir los costos de sus 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 anualy 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, podemos pagarle directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, llame a Atención al cliente al 833.415.4381 (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 a	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 Programa de Asistencia para medicamentos contra el SIDA/VIH de Michigan (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.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

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 denomina Programa de Asistencia para Medicamentos de Michigan (MIDAP).

Programa de Asistencia para Medicamentos de Michigan (MIDAP) – Información decontacto	
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 decontacto	
Escriba a	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 con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar sus costos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos durante **el año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un 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 durante 2027; no necesita presentar una nueva solicitud de elección para continuar participando en 2027.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Express Scripts al 866.845.1803 (los usuarios de TTY deben llamar al 800.716.3231) o visite Medicare.gov.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare – información de contacto	
Llame al	866.845.1803 Las llamadas a este número gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Express Scripts 866.845.1803 (los usuarios de TTY llaman al 800.716.3231) también ofrece servicios gratuitos de intérpretes de idiomas 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 gratuita. El horario de atención es las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Escriba a	Plan de pago de recetas de Medicare de Express Scripts 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. Presiones “0” para hablar con un representante de la RRB de 9 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles. 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

833.415.4381 (los usuarios de TTY llaman a 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el periodo de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). (Los números de teléfono de Atención al cliente figuran en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador o grupo jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarlo a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual 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 Thrive Plus (PPO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

PriorityMedicare Thrive Plus (PPO) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que recibe está incluida 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.
- **Usted recibe atención de un proveedor que es elegible para proporcionar servicios conforme a Medicare Original.** En su condición de miembro de nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo).
    - Los proveedores dentro de nuestra red se incluyen en el *Directorio de proveedores/ farmacias* ***prioityhealth.com/27thriveplus***.
    - Si utiliza un proveedor que no pertenece a la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser más alta.
    - Nota: Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que sean elegibles para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica

Sección 2.1 Puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP) 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 Thrive Plus (PPO), 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 elegir un PCP

A se PCP puede buscar a través de la herramienta Find-a-Doctor en ***priorityhealth.com/27thriveplus*** y luego actualizarse a través de su portal para miembros.

Encontrará una lista de PCPs para elegir en nuestro sitio web en ***priorityhealth.com/27thriveplus***. Si necesita una copia impresa de nuestra lista de PCPs, o si necesita ayuda para elegir una PCP, comuníquese con Atención al cliente.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y cuando lo desee. Además, es posible que PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y deba elegir un nuevo PCP en nuestro plan o pagará más por los servicios cubiertos.

Para cambiar su PCP, comuníquese Atención al cliente o realice el PCP cambio en línea a través de su cuenta de miembro en ***priorityhealth.com/27thriveplus***. Cuando solicites un cambio en tu PCP, 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 servicios 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 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 pueda 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 2.3 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

Cómo acceder a especialistas y otros proveedores de la red

- Puede pedirle a su PCP que recomiende especialistas y otros proveedores de la red o puede buscarlos por su cuenta. Si no está seguro de si el proveedor participa en nuestro plan, llame a Atención al cliente o vaya a ***priorityhealth.com/27thriveplus*** y use nuestra herramienta Buscar un médico.
- Se aplican requisitos de autorización previa para algunos servicios obtenidos dentro de la red. Usted o el proveedor que presta el servicio son responsables de obtener una autorización previa cuando se requiera. Consulte el Capítulo 4, Sección 2 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.
- Es importante saber qué cubrirá o no Medicare. Asegúrese de preguntarle a su proveedor si un servicio está cubierto. Los proveedores deben avisarle cuando algo no esté cubierto.
- Recuerde que cuando utiliza proveedores dentro de la red, pagará menos. Cuando utilice proveedores fuera de la red, podría pagar una distribución de costos más alta por el mismo servicio.

Cuando 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 especialistas y otros proveedores de la red

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen un contrato con nosotros no tienen obligación alguna de tratarlo, salvo en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores de la red y fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, **si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser más alta.** Aquí le presentamos otros datos importantes que se deben tener en cuenta al utilizar proveedores fuera de la red:

- Aunque puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, en la mayoría de los casos ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en ciertas situaciones, no podemos pagar a un proveedor que ha optado por no recibir Medicare o que figura en una de las listas de exclusión de Medicare. Si recibe atención de un

proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que sean elegibles para participar en Medicare.

- No necesita una remisión ni una autorización previa cuando reciba atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, solicite una decisión de cobertura previa a la visita para confirmar que los servicios que recibe estén cubiertos y sean necesarios por razones médicas (consulte el Capítulo 9, Sección 4). Esto es importante por los siguientes motivos:
  - Sin una decisión de cobertura previa a la visita, y si nuestro plan determina posteriormente que los servicios no están cubiertos o no eran necesarios por razones médicas, nuestro plan puede denegar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si respondemos que no cubriremos los servicios que recibió, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir la atención (consulte el Capítulo 9).
- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que primero le facture al plan. Pero, si ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde pagar por los servicios cubiertos. O, si un proveedor fuera de la red le envía una factura a usted y usted considera que nosotros deberíamos pagarla, puede enviárnosla para que realicemos el pago (consulte el Capítulo 7).
- Si utiliza un proveedor fuera de la red para recibir atención de emergencia, servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera de área, es posible que no deba pagar un monto de gastos compartidos más costo compartido alto (consulte la Sección 3).

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 833.415.4381 (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 cubiertos 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 finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que continúe estable. Sus médicos seguirán brindándole tratamiento hasta que se pongan en contacto con nosotros y hagan planes para una atención adicional. El plan cubre la atención médica de seguimiento.

Si recibe la atención de seguimiento de proveedores fuera de la red, pagará el costo compartido más alto fuera de la red.

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

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

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que no era una emergencia, el monto de costo compartido que usted paga dependerá de si recibe atención de proveedores de la red o fuera de la red. Si recibe la atención de proveedores de la red, su parte del costo será, generalmente, menor que si recibe atención de proveedores fuera de la red.

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

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.

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

Visite ***priorityhealth.com/27thriveplus*** para obtener información sobre cómo obtener la atención médica que necesita durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red si paga el costo compartidode la red. 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. Vaya a 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 de nuestro plancosto compartido por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Vaya al Capítulo 7 para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

PriorityMedicare Thrive Plus (PPO) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se encuentran en la Tabla de beneficios médicos en Capítulo 4. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan que no son de emergencia o urgencia, 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 Servicios médicos en 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 para 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 costo compartido en un ensayo clínico:* 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.

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 cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare y Estudios de Investigación Clínica*, disponible en Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY pueden 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 recibe servicios de esta institución en un centro, la siguiente condiciónse aplican:
    - 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 la Capítulo 4, 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 Thrive Plus (PPO), 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 833.415.4381. (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 nuevos 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 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 califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno.
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si abandona **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) o ya no necesita el equipo de oxígeno por motivos médicos, deberá devolver este equipo.

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

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios durante 5 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 costo compartido del oxígeno). Después de 5 años, puede elegir seguir con la misma compañía o cambiarse a otra. En este momento, el ciclo de 5 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 5 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

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO). 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:

- **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 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

En nuestro plan existen 2 límites diferentes que se aplican a lo que debe pagar de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- El **monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red (MOOP)** es $6,600. Este es el monto máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos por el plan que recibe de proveedores de la red. Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos de proveedores de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. (Los montos que paga por las primas del plan, medicamentos de la Parte D y los servicios que recibe de

proveedores fuera de la red no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si ha pagado $6,600 por los servicios cubiertos de proveedores de la red, no deberá pagar ningún gasto de su bolsillo durante el resto del año cuando consulte a proveedores de la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de nuestro plan y la prima de Medicare Part B (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

- El **monto máximo que paga de su bolsillo combinado** es $6,600. Este es el monto máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos por el plan que recibe de los proveedores dentro y fuera de la red. Los montos que paga por los deducibles, los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para este monto máximo que paga de su bolsillo combinado. (Los montos que paga por las primas de su plan y los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si ha pagado $6,600 por los servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100% y no deberá pagar ningún gasto de su bolsillo por el resto del año por servicios cubiertos Sin embargo, debe seguir pagando la prima de Medicare Part B (a menos que Medicaid o un tercero pague la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle la diferencia

Como miembro de **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO), tienes una protección importante porque usted solo tiene que pagar la parte de la distribución de costos que le corresponde del monto costo compartido cuando recibe 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 dólares, por ejemplo, $15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red. Generalmente, tendrá copagos más altos cuando reciba atención de proveedores fuera 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 con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.

  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a Atención al cliente al 833.415.4381 (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 Thrive Plus (PPO) cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la (Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los 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 el tratamiento de su afección 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.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa).
  - Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado para ser cubiertos como servicios dentro de la red están marcados con 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/27thriveplus***.
  - Nunca necesita una aprobación por adelantado para los servicios fuera de la red de proveedores fuera de la red.
  - Aunque no necesita obtener aprobación previa para proveedores fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- En el caso de los beneficios en los que el monto del costo compartido es un porcentaje del coseguro, el monto que usted paga depende del tipo de proveedor del cual recibe los servicios:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare & You 2027* (Medicare y Usted). También puede consultarlo en línea en 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 Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevos servicio durante el año 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios Médicos.

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

✓ Esta marca de verificación aparece cuando un beneficio requiere autorización previa.

✻ Este asterisco aparecerá junto a los servicios que no se apliquen a su monto máximo de su bolsillo, dentro de la red o combinados, y se denominará “combinado” en toda la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una sola ecografía de detección para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, auxiliar médico (PA), enfermera practicante (NP) o enfermero clínico especialista (CNS).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.	
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define como: • De una duración de 12 semanas o más • No específico, que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • No está asociado con una cirugía • No está relacionado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que demuestren mejoría. Es posible administrar como máximo 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.	$20 copago por cada servicio cubierto por Medicare. Las visitas al consultorio relacionadas con los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare no están cubiertas.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (continuación) **Requisitos del proveedor:** Los médicos pueden proporcionar servicios de acupuntura según los requisitos aplicables del estado. Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • Un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o District of Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones.		
Consultas de acupuntura de rutina no cubiertas por Medicare Los servicios cubiertos incluyen: • Visitas y tratamientos de acupuntura de rutina no cubiertos por Medicare para otras affecciones, como dolores de cabeza, ansiedad, problemas del sueño, 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.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Consultas de acupuntura de rutina no cubiertas por Medicare (continuación) • Limitado a 6 visitas, ya sea que se realicen dentro o fuera de la red.		
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 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".**	Hasta 20% del costo total por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare que se obtenga en el consultorio de un proveedor.	
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	$240 copago para cada transporte de ambulancia de ida cubierto por Medicare. $240 copago para cada estabilización en ambulancia no cubierta por Medicare cuando no hay transporte. Fuera de la red se aplicará costo compartido hacia su monto máximo combinado de gastos de bolsillo.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de ambulancia (continuación) salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario. ☆ Este servicio no está cubierto fuera de los EE. UU. ☆ Los servicios de ambulancia de emergencia prestados fuera de los Estados Unidos y sus territorios 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. ✓ *Puede que se apliquen reglas de autorización previa.*		
☆ **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.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
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 está cubierto una vez por año calendario. 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 *Bienvenida a Medicare*. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita de *Bienvenida a Medicare* para tener cobertura para visitas anuales de bienestar luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para visitas anuales de bienestar.	
Medición de la masa ósea Para personas elegibles (generalmente, esto significa personas con riesgo de pérdida de masa ósea o riesgo de osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o	No se requiere coseguro, copago o deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Medición de la masa ósea (continuación) determinar la calidad ósea, incluyendo la interpretación de los resultados por parte de un médico.		
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía exploratoria cada 12 meses para aquellas mujeres de 40 años de edad y mayores • Exámenes mamarios clínicos cada 24 meses • Las mamografías de diagnóstico se proporcionan con más frecuencia que una vez al año, si es médicamente necesario 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.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
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. Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas afecciones: • Ataque cardíaco en los últimos 12 meses • Cirugía de derivación de la arteria coronaria • Angina de pecho estable (dolor torácico) • Reparación o reemplazo de válvula cardíaca • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico utilizado para abrir una arteria bloqueada) o colocación de un stent coronario (un procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o de corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones por día (cada una con una duración de 1 hora) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si reúne los requisitos, es posible que pueda obtener 36 sesiones más que se pueden distribuir en un período de tiempo más largo.	$10 copago por cada consulta por servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. $10 copago por cada consulta por servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.	
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de tener 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.	
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o vaginal o está en edad fértil y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años • Análisis del virus del papiloma humano (VPH) (como parte de un análisis de Papanicolaou) una vez	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina (continuación) cada 5 años si tienes entre 30 y 65 años y eres asintomático.		
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral • Las consultas médicas y las radiografías facturadas al recibir la manipulación manual cubierta por Medicare no estarán cubiertas.	$15 copago por cada servicio quiropráctico cubierto por Medicare.	
Servicios quiroprácticos de rutina no cubiertos por Medicare Los servicios cubiertos incluyen: • Visita al consultorio y manipulación manual de rutina de la columna vertebral no cubierta por Medicare para afecciones que incluyen, entre otras, dolor de espalda, dolor de cuello y dolores de cabeza. • Limitado a 12 visitas quiroprácticas de rutina no cubiertas por Medicare. • Limitado a una radiografía no cubierta por Medicare cada año cuando se realiza dentro o fuera de la red con un quiropráctico.	$15 copago por cada visita de servicios quiroprácticos de rutina, hasta 12 todos los años. $20 copago por radiografía servicios no cubiertos por Medicare realizados una vez al año por un quiropráctico (usted pagaría esto además de su visita).	
Prueba de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen	No se requiere copago 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, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeto a $0 copago cuando se realiza en un hospital ambulatorio o $0	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior 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 de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal y 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. • 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	copago cuando se realiza en un centro independiente.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses • 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. • Análisis de sangre para la detección de biomarcadores destinados a pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una seguimiento colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubre Medicare dé un resultado positivo. • Los exámenes 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 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		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) 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 **colonoscopía 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 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**		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) **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 las radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, concretamente cuando el servicio forma parte integral del tratamiento específico de la enfermedad primaria del beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecte a la mandíbula, o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón.	$0 copago para procedimientos quirúrgicos cubiertos por Medicare realizados por un médico/profesional en el consultorio de un proveedor. $40 copago por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. $375 copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria o centro hospitalario ambulatorio cubierto por Medicare.	
Servicios dentales no cubiertos por Medicare:* Usted tiene cobertura para servicios dentales de rutina cuando visita a un dentista dentro o fuera de la red. Los dentistas dentro de la red participan en la red Medicare Advantage PPO y Medicare Advantage Premier de Delta Dental. Todos los demás dentistas se consideran fuera de la red.	$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 imágenes en una sola visita) de radiografías de aletas de mordida cada año.* $0 copago para radiografías periapicales según sea necesario.*	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales no cubiertos por Medicare:* (continuación) – Encuentre un dentista dentro de la red: Llame a Delta Dental al 800.330.2732 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes de 9 a.m. a 8 p.m. – Visite ***deltadentalmi.com/Find-a-Dentist*** y seleccione "Delta Dental Medicare Advantage PPO" o "Delta Dental Medicare Advantage Premier." Nota: Si acude a un dentista que no pertenece a la red de su seguro, seguirá estando cubierto, pero es posible que deba pagar más. Para obtener detalles adicionales sobre sus beneficios dentales, vaya ***priorityhealth.com/27thriveplus*** a para ver su certificado de cobertura (COC).	$0 copago para 1 biopsia por cepillado cada año.* $0 copago para radiografías (radiografías de boca completa o panorámicas) una vez cada 2 años.* $0 copago para 1 tratamiento con flúor todos los años.*	
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen preventivo de depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención primaria que provea tratamientos de seguimiento o remisiones.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.	
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de alto nivel de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prueba de detección de diabetes (continuación) sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede optar a un máximo de 2 exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su examen de detección de diabetes más reciente.		
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 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 2 pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida), incluida la 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:	$0 copago para los suministros de monitoreo de la diabetes. ○ Las tiras reactivas para personas con diabetes se limitan a los productos Contour® y Accu-Chek® Guide cuando son dispensadas por una farmacia minorista o de pedido por correo de la red. ○ Todas las demás tiras reactivas para personas con diabetes se pueden obtener a través de un proveedor de DME. $0 copago por calzado terapéutico y plantillas para personas con diabetes cubiertos por Medicare. $0 copago para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación) bombas de insulina y monitores continuos de glucosa (mcg)), consulte **"Equipo médico duradero y suministros relacionados"**.		
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (Para ver una definición de equipo médico duradero, consulte Capítulo 12 y 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, 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 ***prioityhealth.com/27thriveplus***. 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	20% del costo total para equipos y suministros relacionados cubiertos por Medicare. 20% del costo total para monitores continuos de glucosa (CGM). ○ Los monitores continuos de glucosa (CGM) se limitan a los productos Dexcom® y Freestyle Libre® cuando son dispensados por una farmacia minorista o de pedido por correo de la red. ○ Todos los demás monitores continuos de glucosa (CGM) se pueden obtener a través de un proveedor de DME. Su distribución de costos por la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es 20%, cada mes. Su distribución de costos no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Se le seguirá cobrando una distribución de costos por el oxígeno; pero no el alquiler de la máquina. Si antes de inscribirse en **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) usted pagó por la cobertura del equipo de oxígeno por 36 meses, su distribución de costos en **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) es 20%.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (continuación) 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. ✓ *Puede que se apliquen reglas de autorización previa.*		
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Proporcionan un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de la atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor grave o una	$130 copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. Los costos compartidos fuera de la red se aplicarán hacia su máximo combinado de gastos de bolsillo. El costo compartido de la atención de emergencia no se aplica si lo ingresan en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención de emergencia (continuación) afección médica que se agrava rápidamente. Los Gastos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. Para obtener información sobre la observación, consulte **"Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios"**. 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.		
Acondicionamiento físico (One Pass®)* Más acceso. Menos complicaciones. Mantén tu rutina de ejercicios actual o prueba un nuevo gimnasio. Con la salud integral como eje central, los planes de One Pass® están diseñados para brindarte la libertad de moverte con libertad y sentirte de maravilla. One Pass® incluye: • Acceso a las redes de fitness más grandes del país	$0 copago por One Pass® beneficio integral de acondicionamiento físico.*	Hasta $60 de reembolso cada año por un beneficio integral de acondicionamiento físico fuera de la red de One Pass® (no se puede combinar con el beneficio dentro de la red).*

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Acondicionamiento físico (One Pass®)* (continuación) • Clases de gimnasia digitales en vivo y entrenamientos a pedido • Entrenamiento cerebral online diseñado especialmente para ti para ayudarte a mejorar tu memoria y concentración • Kit de acondicionamiento físico en el hogar (1 por año del plan) **Cómo comenzar** Cómo comenzar con One Pass® es simple: 1. Ir a ***YourOnePass.com*** 2. Haz clic en "Comenzar" y sigue las indicaciones 3. Obtén tu código de One Pass® miembro en la página del panel 4. Haga clic en "Fitness" y luego en "Buscar gimnasios" para buscar ubicaciones de fitness cerca de usted 5. Traiga su código de One Pass® miembro a cualquier ubicación participante, y el personal configurará su membresía para todas las visitas futuras Su código de One Pass® miembro es un código único que le permite acceder a cualquier ubicación física de la red. Además, puede usarlo para acceder a proveedores de fitness en línea y otras One Pass® ofertas. También puede llamar de 866.756.9732 lunes a viernes de 9 a.m. a 10 p.m. (hora del este) para acceder a su código de One Pass® miembro.		
Acondicionamiento físico (ThriveFlex)* La tarjeta ThrievFlex incluye un beneficio de Bienestar que le brinda un subsidio	Tiene un subsidio de $385 por año para usar en membresías en centros de acondicionamiento físico, equipos de acondicionamiento físico y servicios de apoyo nutricional. Este subsidio no se transfiere.*	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Acondicionamiento físico (ThriveFlex)* (continuación) anual único para usar en instalaciones de acondicionamiento físico, equipos de acondicionamiento físico y servicios de apoyo nutricional. Utilice su tarjeta ThriveFlex para pagar las compras que cumplan con los requisitos en los establecimientos participantes donde se acepte Mastercard®. **Gimnasios** Los ejemplos de centros en donde se puede usar su subsidio incluyen: • Puede usar su subsidio para cuotas de acondicionamiento físico adicionales en las instalaciones de One Pass® (por ejemplo, horario extendido, membresías mejoradas, acceso a la piscina, llaveros para instalaciones y clases adicionales). • Clases de acondicionamiento físico y cuotas de membresía en ubicaciones que no sean One Pass®, incluidos estudios boutique y gimnasios tradicionales, solo membresías individuales • Cuotas de actividad física en centros recreativos y comunitarios • Artes marciales (Tai Chai, Karate, Kung Fu, Judo, Taekwondo, Qigong) • Cuotas de las sesiones de natación • Campos de golf públicos **Equipo de acondicionamiento físico** El equipo de acondicionamiento físico elegible incluye artículos tales como:		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Acondicionamiento físico (ThriveFlex)* (continuación) rodillos para abdominales, pelotas de entrenamiento de equilibrio, tablas de equilibrio, mancuernas, pedaleadores, máquinas elípticas, pelotas de ejercicio, rodillos de espuma, pesas libres, fortalecedores de agarre, sogas para saltar, pesas rusas, balones medicinales, bandas de resistencia, bicicletas fijas, cintas de correr, pesas para muñecas y tobillos, y colchonetas de yoga. **Apoyo nutricional** Puede usar su tarjeta ThriveFlex para comprar membresías en Calm, Headspace, myFitness Pal, Noom y Weight Watchers para ayudarle a mantener y mejorar su bienestar general. Simplemente pague estas membresías de la misma manera que lo haría con cualquier otra tarjeta MasterCard. **Los artículos de bienestar excluidos incluyen:** • Membresías en polígonos de tiro y tiro con arco. • Cuotas de inscripción en ligas (por ejemplo, de bolos). • Saunas, jacuzzis y baños de vapor. • Artículos deportivos, incluyendo palos de golf, raquetas de tenis, pelotas de baloncesto, pelotas de béisbol, etc. • Ropa y calzado deportivo • Alquiler de equipos de acondicionamiento físico • Artículos de segunda mano o artículos comprados a		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Acondicionamiento físico (ThriveFlex)* (continuación) revendedores (Facebook Marketplace, eBay o ventas de garaje). **Nota:** Si pagó de su bolsillo para comprar cualquier artículo de bienestar, el reembolso está disponible para usted. Para ser elegible para el reembolso, el artículo comprado debe ser un artículo o servicio elegible y usted debe tener fondos disponibles en su saldo. Todos los reembolsos deben enviarse dentro de los 90 días posteriores a la fecha de compra e incluir una imagen del recibo.		
Programas educativos sobre salud y bienestar* Estos son programas enfocados en afecciones de salud como presión arterial alta, colesterol, asma, COPD, diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal y condiciones que requieren dietas especiales. El apoyo para el estrés, la ansiedad y la depresión también está disponible. Ofrecemos estos programas para enriquecer la salud y el estilo de vida de nuestros miembros. • Acondicionamiento físico (One Pass®)* • Educación sobre salud* • Evaluación de la seguridad en el hogar* • Educación nutricional* • Conciliación de medicamentos en el hogar después del alta* • Telemonitorización* Para obtener más información, consulte	$0 copago para estos servicios.*	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Programas educativos sobre salud y bienestar* (continuación) el programa individual que figura en esta tabla de beneficios médicos.		
Educación para la salud * La educación para la salud incluye: • Acceso a Teladoc Health Mental Health para apoyo emocional en línea durante tiempos difíciles. Regístrese para crear una cuenta que incluya actividades interactivas, herramientas de afrontamiento y otros recursos, incluidas habilidades prácticas y apoyo comunitario inspirador en ***prioridyhealth.com/mentalhealth***. • ThinkHealth: su recurso en línea para obtener consejos sobre una vida saludable, información sobre tendencias de atención médica y educación sobre seguros médicos, visite ***thinkhealth.prioridyhealth.com***. • Comunicaciones para ayudarle a comprender los beneficios de su plan y obtener la atención que necesita. • Programas para ayudarle a prevenir o controlar sus afecciones. Acceso a un portal para miembros con información y herramientas adaptadas a sus necesidades específicas de salud y bienestar (físicas, mentales y financieras). Puede alcanzar sus objetivos de salud con una experiencia divertida y atractiva que ofrece recursos poderosos, al alcance de su mano.	$0 copago para estos servicios.*	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
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. $40 copago por cada examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare con un especialista.	
Servicios para la audición de rutina no cubiertos por Medicare:* Hasta dos audífonos por año (límite de 1 audífono por oído) y un examen de audición de rutina, ya sea dentro o fuera de la red. Los proveedores dentro de la red están cubiertos a través de la red TruHearing®. Todos los demás proveedores de audición se consideran proveedores fuera de la red (no participantes). Si el proveedor que elige no es un proveedor de TruHearing, seguirá teniendo cobertura, pero es posible que tenga que pagar más. Para utilizar el beneficio dentro de la red, debe consultar a un proveedor de TruHearing®. Llame a 833.714.5356 para programar una cita (para TTY, marque 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 • 80 baterías por audífono para modelos no recargables El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes: • Audífonos de venta libre (OTC) • Moldes auditivos	$0 copago para un examen de audición de rutina por año*. Audífonos: usted paga lo siguiente: $399 por audífono para Standard Aids.* $599 por audífono para Advanced Aids.* $899 por audífono para Premium Aids.*	$0 copago para un examen de audición de rutina por año.* 50% del costo total por audífono (uno por oído por año).*

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios para la audición de rutina no cubiertos por Medicare:* (continuación) • Accesorios de audífonos • Visitas adicionales al proveedor • Baterías adicionales; baterías cuando se compra un audífono recargable • Audífonos que no están en el catálogo aplicable • Costos asociados con reclamos de garantía por pérdidas y daños Los costos asociados con los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan. Para acceder a sus beneficios dentro de la red, debe comunicarse con el proveedor de TruHearing®. Solo llame a 833.714.5356 desde lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. ET. Para obtener detalles adicionales sobre sus beneficios de TruHearing®, vaya a ***priorityhealth.com/27thriveplus*** para ver su certificado de cobertura (COC).		
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de HIV o que estén en mayor riesgo de tener una infección por HIV, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.	
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios	$0 copago por los servicios de atención médica en el hogar cubiertos por Medicare.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención médica a domicilio (continuación) 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 deun 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 **"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	$0 copago para suministros de infusión en el hogar, servicios y medicamentos.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Tratamientos de infusión a domicilio (continuación) 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 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”.** ✓ *Puede que se apliquen reglas de autorización previa.*		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
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 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	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal los paga Medicare Original, y no **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO).	
	$0 copago para una consulta inicial de cuidados paliativos cubierta por Medicare.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención en un hospicio (continuación) 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 • 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 Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) **pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B: Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) 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.		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención en un hospicio (continuación) **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) para los enfermos terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.		
Inmunizaciones Los servicios cubiertos de Medicare Part B 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 nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra neumonía, gripe/influenza, hepatitis B y COVID-19.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Inmunizaciones (continuación) vacunación o tiene cualquier otra afección que lo ponga en alto riesgo o riesgo intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas para el COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con los lineamientos de cobertura de Medicare Part B También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 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 *Directorio de proveedores/farmacias*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame Atención al cliente para obtener más información. 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).		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
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.*	
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de atención médica aguda, de rehabilitación, de atención a largo plazo plazo y de otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica 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 privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes	Para hospitalizaciones de pacientes internados cubiertas por Medicare, usted paga: $375 copago por día, los días 1-7. $0 por días adicionales de hospitalización.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • Costos de las unidades de atención médicas especiales (por ejemplo, unidades de atención médicas intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplante: de córnea, renal, renal-pancreático, cardíaco, hepático, pulmonar, cardíaco/pulmonar, de médula ósea, de células madre e intestinal/ multivisceral. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. 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		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) 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 total y de concentrado de glóbulos rojos. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesita. • Servicios del médico **Nota**: para ser paciente internado, su proveedor debe hacer una orden por 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 de si es un paciente ambulatorio o internado, consulte con el personal del hospital. • Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) ✓ *Puede que se apliquen reglas de autorización previa.*		
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención mental que requieren internación en hospital. 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. ✓ *Puede que se apliquen reglas de autorización previa.*	Por hospitalizaciones de atención médica de la salud mental para pacientes internados cubiertas por Medicare, usted paga: $290 copago por día, los días 1-6. $0 por días adicionales de hospitalización.	
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio)	$0 copago por los servicios cubiertos por Medicare recibidos del 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.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación) • Radiografía, tratamiento con radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortopédicos (excepto los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido adyacente), o bien una parte o la totalidad de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que ya no funciona, incluido el reemplazo o reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y sustituciones necesarias por roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional ✓ *Puede que se apliquen reglas de autorización previa.*		
Terapia médica nutricional Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (que no estén recibiendo diálisis), o después de un trasplante de riñón, cuando orden por el médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Terapia médica nutricional (continuación) Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con orden del médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario el próximo año calendario.		
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del MDPP están cubiertos para personas elegibles en todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios alimentarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.	
Medicamentos de la Parte B de Medicare **La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de**	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.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) **nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:** • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de un médico, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada mediante un elemento de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el 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 puede necesitar como parte de su tratamiento • Factores de la 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	**Medicamentos de la Parte B obtenidos en el consultorio de un proveedor o en un entorno ambulatorio** 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.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare Part D cubre los medicamentos inmunosupresores si Part B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • 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 sí lo hace.		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Fármacos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por Medicare Part B • Medicamentos calcimiméticos y aglomerantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluso 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 por inyección si tiene insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera®, o Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria.		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). Mediante el siguiente enlace accederá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: ***priorityhealth.com/DrugInfo*** Haga clic en Medicare Part B Criterios de Autorización Previa y Terapia Escalonada. También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos con el beneficio de medicamentos de la Parte D. El capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos recetados. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D por medio de nuestro plan se explica en el Capítulo 6. ✓ *Puede que se apliquen reglas de autorización previa.*		
Prueba de detección precoz de múltiples tipos de cáncer* La prueba Galleri® de detección temprana de cáncer múltiple de GRAIL está disponible para usted una vez cada dos años. La prueba de detección temprana de cáncer múltiple Galleri es la primera de su tipo. Es un análisis de sangre proactivo que se realiza para detectar una “huella dactilar” de más de 50 tipos	$75 copago para la prueba de detección temprana de cáncer múltiple Galleri® de GRAIL, una vez cada dos años.*	50% del costo total una vez cada dos años.*

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prueba de detección precoz de múltiples tipos de cáncer* (continuación) de cáncer, incluidos muchos para los que actualmente no existe una prueba de detección recomendada. Para ser elegible para la evaluación, debe tener 65 años. Si actualmente está embarazada o ha recibido un diagnóstico de cáncer en los últimos tres años, no es elegible para esta prueba. Si es elegible, el kit de detección se enviará a su hogar y tiene dos opciones: 1) ir a un laboratorio dentro de la red y extraer su sangre; 2) solicitar a un miembro del equipo de Grail que vaya a su hogar para completar la extracción de sangre. El kit se envía de vuelta a GRAIL, y usted debe recibir los resultados generalmente 2-3 semanas después de haber finalizado la extracción de sangre. Para averiguar si es elegible, visite ***priorityhealth.com/galleri***. Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información, llame al 833.694.2553. **Nota:** Los resultados deben ser interpretados por un proveedor de atención médica en el contexto de la historia clínica, los signos clínicos y los síntomas. Un resultado de prueba de Sin señal de cáncer detectada no descarta el cáncer. Un resultado de prueba de Señal de cáncer detectada requiere una evaluación de diagnóstico confirmatoria mediante procedimientos médicamente establecidos (por ejemplo, imágenes) para confirmar el cáncer, que estará cubierto por la estructura de beneficios de su plan estándar (consulte *“Pruebas*		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prueba de detección precoz de múltiples tipos de cáncer* (continuación) *de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos”*). Si el cáncer no se confirma con más pruebas adicionales, esto podría significar que no hay cáncer presente o que las pruebas fueron insuficientes para detectar el cáncer, incluso debido a que el cáncer se encuentra en una parte diferente del cuerpo. Los resultados de las pruebas son falsos positivos (una señal de cáncer detectada cuando el cáncer no está presente) y falsos negativos (una señal de cáncer no detectada cuando el cáncer está presente).		
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.*	
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se le brinda en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua (continuación) integral. Hable con su médico de atención primaria o proveedor médico para averiguar más datos.		
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Opioid Treatment Program (OTP) que incluye los siguientes servicios: • U.S. Tratamiento asistido por medicamentos (MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). • Distribución y administración de medicamentos para MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre el uso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología. • Actividades de ingesta. • Evaluaciones periódicas. Consulte **“Atención virtual”** en esta tabla de beneficios médicos para obtener información sobre qué servicios de tratamiento de opioides virtuales están cubiertos.	$0 copago para servicios de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre - se incluye almacenamiento y administración. Cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos. ☆ La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesita. • Exámenes de diagnóstico que no son de laboratorio como CT, MRI, EKG y PET cuando el médico u otro proveedor de atención médica los solicite para tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias (por ejemplo, pruebas de alergia, pruebas genéticas, estudios del sueño) ✓ *Puede que se apliquen reglas de autorización previa.* Para una definición de medicina nuclear, consulte Capítulo 12.	**Radiografías ambulatorios y ecografías** $20 copago por día, por proveedor para todos los demás servicios cubiertos por Medicare radiografía y ecografía. **Servicios de radiología terapéutica** $30 copago por día, por proveedor para servicios cubiertos por Medicare (como radioterapia para el cáncer). **Servicios de radiología diagnóstica** $175 copago por día, por proveedor, para servicios cubiertos por Medicare (como MRI y CT). $640 copago, por día, por proveedor, para servicios de medicina nuclear de diagnóstico cubiertos por Medicare. $0 copago para una mamografía de diagnóstico por año, después de una mamografía de rutina. **Servicios relacionados con la sangre** $0 copago para la sangre. **Suministros médicos** 20% del costo total para suministros quirúrgicos, férulas, yesos y otros dispositivos cubiertos por Medicare. **Servicios de laboratorio** $0 copago por día, por proveedor, para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. $0 copago por día, por proveedor, para los servicios de laboratorio de anticoagulantes cubiertos por Medicare. $50 copago por día, por proveedor, para pruebas genéticas cubiertas por Medicare. **Patología** $0 copago por día, por proveedor, para los servicios de patología cubiertos por Medicare.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)	**Pruebas y procedimientos de diagnóstico** $0 copago por día, por proveedor para procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.	
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 interno o si puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios de observación en visita hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare* disponible en	$130 copago por hospitalización para los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare, incluidos todos los servicios recibidos.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Observación hospitalaria para pacientes externos (continuación) Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios 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 • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento como paciente internado sin ella	$375 copago por cada consulta en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. $40 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 esos servicios se puede encontrar en esta Tabla de beneficios médicos.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse • Servicios de cuidado de heridas • Colonoscopias diagnósticas **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.		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) ✓ *Puede que se apliquen reglas de autorización previa.*		
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico (CSW), especialista en enfermería clínica (CNS), consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), enfermero especializado (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables. **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.	$0 copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra. $0 copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra. $0 copago por cada vista de terapia individual cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental (no psiquiatra). $0 copagopor cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental (no psiquiatra).	
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.	$15 copago por cada consulta por terapia ocupacional cubierta por Medicare. $15 copago por cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de rehabilitación para pacientes externos (continuación) Los servicios de rehabilitación ambulatoria se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).		
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.	$0 copago por cada consulta por terapia individual cubierta por Medicare. $0 copago por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.	
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si requerirá hospitalización o atención ambulatoria. A menos que el	Para servicios cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria, usted paga $375 copago. Por los servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, usted paga $375 copago.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios (continuación) proveedor indique por escrito que necesita la hospitalización, usted será considerado un paciente ambulatorio y, por lo tanto, deberá pagar los montos de costo compartido correspondientes a la cirugía ambulatoria. 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. ✓ *Puede que se apliquen reglas de autorización previa.*		
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos *La hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro 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	$55 copago por día para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. $55 copago por día para servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos (continuación) con licencia y es una alternativa a la hospitalización. *El servicio ambulatorio intensivo* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) 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 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. ✓ *Puede que se apliquen reglas de autorización previa.*		
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	$0 copago por cada visita de atención primaria cubierta por Medicare. $0 copago para una revisión cutánea de rutina con un dermatólogo, por año del plan. $0 copago por cada visita al consultorio del médico de cuidados paliativos. $0 copago para procedimientos quirúrgicos simples realizados en el consultorio de un proveedor (por ejemplo, extracción de lunares y suturas). $375 copago para procedimientos quirúrgicos de moderada a mayor complejidad en el consultorio del proveedor (por ejemplo,	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • 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. • 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 en 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	cirugía de liberación del túnel carpiano y cirugía de liberación del dedo en gatillo). $40 copago para todas las demás visitas al consultorio de especialistas cubiertas por Medicare. $50 copago por cada visita de urgencia cubierta por Medicare en el consultorio de un médico fuera del horario de atención.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) ◦ 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** ◦ 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		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) 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. **Nota:** Para definiciones de procedimientos simples, moderados y mayores, consulte Capítulo 12. ✓ *Puede que se apliquen reglas de autorización previa.*		
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.	$40 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.	
Conciliación de medicamentos en el hogar después del alta * Inmediatamente después de la hospitalización en el hospital o SNF, un proveedor de atención médica calificado, en cooperación con su médico, revisará/conciliará un régimen de medicamentos completo. Se asegurarán de que se obtengan nuevos medicamentos y de que se descarten los medicamentos descontinuados. La conciliación de	$0 copago para servicios de conciliación de medicamentos en el hogar después del alta.*	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Conciliación de medicamentos en el hogar después del alta * (continuación) medicamentos se puede hacer en el hogar con el objetivo de eliminar los 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 atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer el HIV, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para la profilaxis previa a la exposición (PrEP) orales o inyectables aprobados por la FDA, incluida la tarifa por inyectarle el medicamento, si corresponde • 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 prueba de detección del virus de la hepatitis B	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.	
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los	No se requiere coseguro, copago ni deducible por un análisis de PSA anual. $0 copago para un examen de tacto rectal anual cubierto por Medicare.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Pruebas de detección de cáncer de próstata (continuación) siguientes exámenes una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Examen de antígeno prostático específico (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".**		
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	$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.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados (continuación) dispositivos protésicos y ortopédicos. También se incluye cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte *Atención médica para la vista* más adelante en esta mesa para obtener más información. ✓ *Puede que se apliquen reglas de autorización previa.*		
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.	
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	$0 copago por cada visita a la clínica de salud rural.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Clínica de salud rural (continuación) • Hemoglobina o hematocrito • 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.	
Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba para la detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica 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 la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
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, cubrimos 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 (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 el examen de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. *Para poder realizarse un examen de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:* los miembros deben recibir un	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.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación) pedido para realizarse un examen 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 pulmón de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar un examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.		
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 activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas (continuación) 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 de enfermedad renal y diálisis 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 6 sesiones de los servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio, tal como se explica en Capítulo 3, o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o no se pueda acceder a él temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido en el hospital para recibir atención especial) • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación 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.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
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 • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, si es necesario, recibir visitas de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para controlar las diálisis 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 Medicare Part B. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Part B, consulte la sección **Medicamentos de la Parte B de Medicare** de esta tabla.		
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de atención en centro de enfermería especializada. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan 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 beneficios finaliza cuando no recibe	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.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (continuación) 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 privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre - se incluye almacenamiento y administración. Cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos. ☆ La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesita. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (continuación) • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente proveen los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales Generalmente, obtendrá la atención de los SNF en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Una residencia para adultos mayores 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 o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital ✓ *Puede que se apliquen reglas de autorización previa.*		
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	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) (continuación) 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).		
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) SET está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD). Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa SET. El programa SET debe cumplir estos requisitos: • Consistir en sesiones que duren de 30 a 60 minutos, que comprendan un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación • Se debe realizar en un entorno hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico	$10 copago por cada visita al SET cubierta por Medicare.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) (continuación) • Debe ser suministrado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que estén capacitados en terapia con ejercicios para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico (PA) o un profesional de enfermería (NP)/ especialista en enfermería clínica (CNS) que deben estar capacitados en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. El SET puede estar cubierto más allá de 36 sesiones durante 12 semanas para un adicional de 36 sesiones durante un período prolongado de tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.		
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.*	
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	$50 copago por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare. Los costos compartidos fuera de la red se aplicarán hacia su máximo combinado de gastos de bolsillo. El costo compartido de los servicios de atención de urgencia no se aplica si ingresa en	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de urgencia (continuación) 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 redcosto 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. Tiene cobertura para servicios de 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.	el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección.	
Atención médica virtual *(también denominado servicios de telesalud, registros virtuales o visitas electrónicas.)*	$0 copago para las consultas virtuales.	Sin cobertura.

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención médica virtual (continuación) 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 • Atención de urgencia 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 terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o hospitalario de acceso crítico, instalación de diálisis renal o en el domicilio del miembro. • Servicios de telesalud 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		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención médica virtual (continuación) 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** ◦ 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		

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención médica virtual (continuación) • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico		
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto • Para las personas con alto riesgo de tener glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen las siguientes: personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos que tienen 50 años o más e hispanoamericanos que tienen 65 años o más • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez por año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la colocación de lentes intraoculares. Si tiene 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía **Nota:** Medicare no cubra los exámenes de refracción utilizados para determinar	Atención de la vista cubierta por Medicare: $40 copago por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades o afecciones del ojo. $0 copago para exámenes anuales de glaucoma. $0 copago para la prueba de detección anual de retinopatía diabética. $0 copago para anteojos cubiertos por Medicare después de la cirugía de cataratas.	

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención de la vista (continuación) una receta para anteojos o lentes de contacto. Si se le realiza un examen de refracción durante un examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar o tratar una enfermedad o afección ocular, la parte de la visita correspondiente a la refracción no está cubierta.		
Cuidado de la vista de rutina no cubierto por Medicare* Tiene cobertura para la atención de la vista de rutina cuando visita a un proveedor de atención de la vista dentro o fuera de la red (no se puede combinar). Los proveedores dentro de la red están cubiertos a través de la red "Select" de EyeMed. Todos los demás proveedores de servicios de la vista se consideran proveedores fuera de la red. Encuentre un proveedor de servicios de la vista dentro de la red: • Llame a EyeMed al 844.366.5127, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. • Visite ***eyemed.com*** y seleccione "Buscar un oftalmólogo" y luego elija la red "Select" para buscar un proveedor dentro de la red. Nota: Si utiliza un proveedor de servicios de la vista fuera de la red, aún está cubierto, pero tendrá que solicitar un reembolso y puede ser responsable de pagar más. Nota: Las visitas de rutina facturadas como un examen de diagnóstico están sujetas a distribución de costos del examen ocular cubierto por Medicare mencionado anteriormente.	**Servicios cubiertos con un proveedor "Select" de EyeMed:** $0 copago para un examen de visión de rutina no cubierto por Medicare, que incluye dilatación y refracción según sea necesario.* $0 copago para una imagen retiniana no cubierta por Medicare.* $100 subsidio para anteojos no cubiertos por Medicare.*	**Servicios con un proveedor "Select" que no sea de EyeMed:** $0 copago por un examen de la vista de rutina no cubierto por Medicare, incluyendo dilatación y refracción según sea necesario.* $0 copago por un examen de imágenes de la retina no cubierto por Medicare.* Hasta $100 de reembolso por anteojos no cubiertos por Medicare.*

Servicios cubiertos	Lo que pagas	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado de la vista de rutina no cubierto por Medicare* (continuación) Para obtener detalles adicionales sobre sus beneficios de atención de la vista de rutina, vaya a ***priorityhealth.com/27thriveplus*** para ver su certificado de cobertura (COC).		
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre una consulta preventiva de *Bienvenida a Medicare* por única vez. 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 [o vacunas]) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva de *Bienvenida a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses en que tiene de la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva de *Bienvenida a Medicare*.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.	

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 suplementarios opcionales.** Si desea estos beneficios suplementarios opcionales, debe inscribirse en ellos y es posible que tenga que 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 Thrive Plus (PPO) ofrece dos beneficios dentales y de la vista suplementarios opcionales, llamados paquetes dentales y de la vista mejorados. Los

beneficios incluidos en estos paquetes de beneficios suplementarios opcionales se enumeran a continuación. Para acceder al certificado de cobertura dental y de la vista (COC), visite ***priorityhealth.com/27thriveplus*** o comuníquese con Atención al cliente para solicitar una copia impresa.

¿Cuánto pagaré?
El monto de la prima para la Opción 1 dental y de la vista mejorada es $42 y la Opción 2 es $61.

¿Cómo me inscribo?
Si no eligió agregar un paquete dental y de la vista mejorado en el formulario de inscripción cuando se inscribió en **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO), 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 (los usuarios de TTY deben llamar al 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 beneficios, llame a 833.415.4381, de 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Cuándo puedo inscribirme?
Se ofrece un paquete dental y de la vista mejorado a todos los beneficiarios de Medicare que se inscriban en el plan **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) en el momento de la inscripción o hasta dos meses después de la fecha de vigencia de su plan **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO). Por ejemplo, si la fecha de vigencia de su plan **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) es el 1 de enero, puede inscribirse en un paquete dental y de la vista mejorado hasta fines de febrero. Su fecha de vigencia es el primer día del mes siguiente a la recepción de su formulario de inscripción completado y firmado. Una vez que esté inscrito en un 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 de la vista mejorado. No hay prima mensual para el **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) y si no tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D, 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, se lo notificaremos por escrito, 60 días antes de que finalice su membresía en el paquete dental y de la vista mejorado. Para obtener más información sobre cómo pagar su prima o qué hacer si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, consulte el Capítulo 1, Sección 3.

¿Qué pasa 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
Inscripción en Medicare, 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 inscripción en ***priorityhealth.com*** y hacer clic en **Ya soy miembro**. Su cancelación de inscripción entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cancelación de inscripción completada y firmada. Los beneficios cesarán el último día del mes en el que esté inscrito. No necesita 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 para la parte restante del año. Se le reembolsará dentro de los 30 días calendario posteriores a 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 de elección especial.

Tabla de beneficios complementarios opcionales

Servicio cubierto	Opción 1	Opción 2
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 una limpieza de rutina por año (regular o periodontal).* $0 copago por raspado y alisado radicular una vez por cuadrante por período de 24 meses.* $1,500 de máximo anual por año para usar en: 50% del costo total para otros servicios de diagnóstico (es decir, haces cónicos)* 50% del costo total para tratamiento de emergencia para dolor dental sin límite y anestesia cuando se	$0 copago por una limpieza de rutina por año (regular o periodontal).* $0 copago por raspado y alisado radicular una vez por cuadrante por período de 24 meses.* $2,000 de máximo anual por año para usar en: 25% del costo total para otros servicios de diagnóstico (es decir, haces cónicos)* 25% del costo total para tratamiento de emergencia para dolor dental sin límite y anestesia cuando se

Servicio cubierto	Opción 1	Opción 2
Servicios dentales* (continuación)	use junto con servicios dentales calificados.* 50% del costo total para empastes (incluyendo resina compuesta y amalgama) una vez por diente cada 24 meses y reparaciones de coronas una vez por diente cada 12 meses.* 50% del costo total para procedimientos periodontales quirúrgicos (es decir, cirugía ósea o injertos de encías) una vez por cuadrante cada 36 meses.* 50% del costo total de incrustaciones onlay, coronas y subestructuras asociadas, una vez por diente, cada 5 años.* 50% del costo total de endodoncia (tratamientos de conducto) una vez por diente en toda la vida.* 50% del costo total de extracciones simples y quirúrgicas, una vez por diente en toda la vida.* 50% del costo total de implantes y	use junto con servicios dentales calificados.* 25% del costo total para empastes (incluyendo resina compuesta y amalgama) una vez por diente cada 24 meses y reparaciones de coronas una vez por diente cada 12 meses.* 25% del costo total para procedimientos periodontales quirúrgicos (es decir, cirugía ósea o injertos de encías) una vez por cuadrante cada 36 meses.* 25% del costo total de incrustaciones onlay, coronas y subestructuras asociadas una vez por diente cada 5 años.* 25% del costo total de endodoncia (tratamientos de conducto) una vez por diente en toda la vida.* 25% del costo total de extracciones simples y quirúrgicas, una vez por diente en toda la vida.* 25% del costo total de implantes y reparaciones de

Servicio cubierto	Opción 1	Opción 2
Servicios dentales* (continuación)	reparaciones de implantes, por diente, cada 5 años.* 50% del costo total de las dentaduras postizas y puentes, una vez cada 60 meses, revestimientos y reparaciones, de dentaduras postizas, y reparaciones de puentes, una vez cada 36 meses.*	implantes, por diente, cada 5 años.* 25% del costo total de las dentaduras postizas y puentes, una vez cada 60 meses, revestimientos 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 para visitantes/viajeros de su plan

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

- El Priority Health Travel Benefit le permite recibir todos los servicios cubiertos por el plan a 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 (nuestra área de servicio del plan).
- Si no se muda de forma permanente, pero está continuamente fuera del área de servicio de nuestro plan por más de 6 meses, por lo general, debemos cancelar su

inscripción en nuestro plan. Sin embargo, con el Priority Health Travel Benefit, puede permanecer inscrito fuera de nuestra área de servicio durante menos de 12 meses.

- Cuando elija recibir atención de proveedores fuera de la red (aquellos que no tienen contrato con nuestro plan) cuando se encuentre en la península inferior de Michigan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.4 (Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red) para obtener más información.

Aquí hay 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 recibir Medicare o que figura en una de las listas de exclusión de Medicare.
- Para encontrar un proveedor que participe en Medicare, le recomendamos que llame a Atención al cliente al 833.415.4381 para obtener ayuda o consulte en línea en ***prioityhealth.com/27thriveplus*** y busque utilizando la herramienta Buscar un médico.
- Para los servicios dentales no cubiertos por Medicare, estos beneficios son administrados por Delta Dental.
  - El Priority Health Travel Benefit 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 dentistas en la red Delta Dental Medicare Advantage PPO y Delta Dental Medicare Advantage Premier.
  - Para encontrar un proveedor, visite ***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 proveedores dentales fuera de la red no han aceptado el pago del plan como pago completo. Usted puede ser responsable de cualquier diferencia entre el cargo del proveedor y el monto que paga el plan.

Programa de Asistencia en Viaje a nivel mundial*

Assist America le ofrece servicios de asistencia en viaje para emergencias médicas y no médicas mientras viaja a nivel internacional o nacional mientras esté a 100 millas de su hogar durante menos de 90 días consecutivos. Los servicios están 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 el traslado al centro más cercano capaz de proporcionar la atención adecuada, si la atención no está disponible localmente.
- Assist America organizará y pagará para que un ser querido acompañe a un miembro que viaja solo y que debe ser hospitalizado por más de siete días.

- En caso de pérdida o extravío de una receta, Assist America trabaja con el médico que la receta y una farmacia local para reemplazar el medicamento del miembro.
- En caso de que un miembro muera durante un viaje, 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.

Comuníquese con Assist America: dentro de los EE. UU. llamando al 800.872.1414, fuera de los EE. UU. llamando al +1.609.986.1234 o descargando la aplicación de viaje gratuita de Assist America. El número de referencia de Assist America para los miembros de Priority Health Medicare es 01-AA-PHP-12123M.

Nota: Assist America no reembolsa los servicios de transporte que no están coordinados por ellos. No se aceptarán reclamos de reembolso.

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 que cubre su plan se describen en Capítulo 4, Sección 2 de la Tabla de beneficios médicos.
Alquiler de equipos de fitness	No cubierto bajo ninguna condición
Análisis de laboratorio No es médicamente necesario según los criterios de cobertura de Medicare.	Puede tener cobertura en virtud de su Prueba de detección temprana de múltiples tipos de cáncer. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Analizadores de glucosa en sangre Colorímetro de reflectancia	No cubiertos bajo ninguna condición
Andador para la rodilla	Sin cobertura en ningún caso
Artículos deportivos (Equipo de camping, raquetas/paletas, bastones de senderismo/pesca, palos de golf, pelotas de baloncesto, pelotas de béisbol y bolos, etc.)	Sin cobertura en ningún caso
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 La atención de custodia es la atención personalizada que no exige la atención continua de personal médico o paramédico especializado, y que se brinda para ayudarlo con las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse	No cubiertos en ninguna afección
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubierto bajo y condición
Camas Colchones, oscilantes, baños de cama (tipo hogar), tablas, elevador (ascensor), salones (eléctricos o manuales)	No cubiertos en ninguna condición
Cargos cobrados por el cuidado por parte de sus familiares directos o miembros de su hogar	No cubierto bajo ninguna condición
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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
	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 Incluye pero no se limita a amplificadores telefónicos y dispositivos de alerta	No cubiertos en ninguna condición
Enfermeras de servicio privado	No cubiertos en 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 en ninguna condición
Habitación privada en un hospital	Cubierta solo cuando sea médicamente necesaria
Medicamentos (Parte B de su beneficio médico) (No quimioterapéuticos y biológicos) utilizados para afecciones no aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), como las hormonas biomédicas, y no cubiertas por Medicare.	No cubiertos en ninguna afección
Medicamentos (Parte D de 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 bajo ninguna condición

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Modificaciones estructurales Incluyendo, entre otros, rampas, puertas, ascensores y elevadores para escalera	Sin cobertura en ningún caso
Pelucas	Sin cobertura en ningún caso
Pérdida de peso Tratamiento, que incluye, entre otros, programas de pérdida de peso no cubiertos por Medicare y programas de comidas	Los servicios de apoyo nutricional pueden estar cubiertos por su subsidio ThriveFlex. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.
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 Sección 5 del Capítulo 3)
Pruebas y visitas preoperatorias Incluidos, entre otros, laboratorios, 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.	Solo está cubierto cuando la prueba o la visita al consultorio están relacionadas con una afección médica subyacente.
Relacionados con la guerra Los artículos o servicios necesarios, ya sean debidos o relacionados con lesiones causadas por la guerra o un acto de guerra, no están cubiertos.	Sin cobertura en ningún caso
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados	No cubierto bajo y condición
Ropa y zapatos deportivos	No cubiertos en ninguna condición
Servicios considerados no razonables y necesarios según las normas de Original Medicare	No cubierto bajo y condición

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios de atención de la vista Queratotomía radial y queratoplastia para tratar defectos refractivos, corrección del astigmatismo con láser, cirugía LASIK y LASEK y otras ayudas 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 en ningún caso
Servicios de salud en el hogar	Medicare cubre los servicios de enfermería especializada médicamente necesarios que se prestan de forma intermitente o a tiempo parcial.
Servicios de tareas domésticas que incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas	Sin cobertura en ningún caso
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	No cubierto bajo y condición
Sillón elevador La parte de la silla/sillón reclinable no está cubierta	El mecanismo de elevación de un sillón elevador 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 de la articulación temporomandibular (TMJS), incluida la atención dental o los servicios dentales.	Sin cobertura en ningún caso
Terapia de masaje Realizado por un masajista	Sin cobertura en ningún caso

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Transporte Incluyendo transporte aéreo comercial o privado, automóvil, taxi, autobús, camioneta para camilla y camioneta para sillas de ruedas, incluso si es la única forma de viajar a un proveedor de la red.	El transporte en aeronave 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 prestados a veteranos en centros de Asuntos de Veteranos (VA).	Sin cobertura en ningún caso
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para las piernas y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.

CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos 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 exclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la sección 2) o puede surtir su medicamento recetado a través del pedido por correo servicio de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (vaya a la sección 3).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una “indicación aceptada por razones médicas” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o está respaldado por ciertas referencias. (Consulte la sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada.)
- Su medicamento puede requerir la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la sección 4 para obtener 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/27thriveplus***), y/o llamar a Atención al cliente en 833.415.4381 (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 abandona la red

Si la farmacia que utiliza abandona la red de nuestro plan, deberá encontrar una nueva farmacia en la red. Si la farmacia que utiliza permanece en nuestra red pero ya no ofrece costo compartidopreferido, es posible que desee cambiar a una red o farmacia preferida diferente, si está disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, llamar Atención al cliente en 833.415.4381 (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/27thriveplus***.

Farmacias especializadas

Algunos medicamentos recetados deben obtenerse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para pacientes hospitalizados en un centro de atención de largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como una residencia para adultos mayores) 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 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población indígena urbana o tribal (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas de los Estados Unidos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de nuestra 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/27thriveplus*** o llame al Atención al cliente en 833.415.4381 (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 preferidascosto 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/27thriveplus***. 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 30día 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 comunique 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 comunique 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* ***prioityhealth.com/27thriveplus*** 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 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. Es posible que también recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte 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 833.415.4381 (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 Part 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 ha recetado.
- 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 medicamento de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento 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 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 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 medicamento 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 medicamento 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 5 Hay 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 de especialidad.** 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 actualizada que enviamos vía electrónica.
- Visite el sitio web del plan (***priorityhealth.com/27thriveplus***). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Atención al cliente al 833.415.4381 (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" del plan ***member.priorityhealth.com/login*** puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos, ver una estimación de lo que pagará y saber si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Atención al cliente al 833.415.4381 (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 alentarlo a usted y al proveedor a utilizar esa opción más económica.

Considere que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la 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 al 833.415.4381 (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 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 sobre la base de criterios específicos 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 833.415.4381 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o en nuestro sitio web ***priorityhealth.com/medicare/drug-coverage/covered-drugs/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 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web ***priorityhealth.com/medicare/drug-coverage/covered-drugs/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 de la manera que a usted le gustaría?

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

- O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión medicamento 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 costo compartido 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 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 Thrive Plus (PPO) 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 al 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 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 833.415.4381 (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 833.415.4381 (los usuarios de TTY llaman a 711) para solicitar una

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 diríjase a la Sección 6.4 del Capítulo 9 donde 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 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 un 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 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 ambos. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menores restricciones.
  - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está 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.

Los cambios en la Lista de medicamentos 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 medicamento de marca 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 con receta que se *excluyen*. Esto significaMedicare no pagaestos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo (a menos que nuestro plan cubra ciertos medicamentos excluidos dentro de la cobertura para medicamentos mejorada). Si apela y se determina que el medicamento solicitado no se encuentra excluido en virtud de 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: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos detallados a continuación, mediante la cobertura de medicamentos mejorada, para lo cual puede que costo compartido).

- 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.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta (cobertura para medicamentos mejorada) que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Ofrecemos cobertura de algunos medicamentos genéricos para tratar la disfunción sexual. El monto que paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura catastrófica. (En la Sección 6 del Capítulo 6, se describe la Etapa de cobertura catastrófica).

Si está **recibiendo Ayuda adicional de Medicare de parte** para pagar sus medicamentos con receta, el programa Ayuda adicional no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. (Consulte la Lista de medicamentos del plan o llame a Atención al cliente en 833.415.4381 (los usuarios de TTY llaman a 711) para obtener más información.). 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 información sobre nuestra afiliación al plan, usted o la farmacia pueden comunicarse con el 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/27thriveplus*** 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 833.415.4381 (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 tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador o grupo jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo.** Puede ayudarlo a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, el empleador o grupo de jubilación debe enviarle una notificación en la que se indica si la cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es acreditable.

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, significa que el plan posee una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Guarde esta notificación sobre la cobertura acreditable, dado que podría necesitarla más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la ParteD, podría necesitar estos avisos para demostrar que mantuvo la cobertura acreditable. Si no recibió la notificación de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del empleador o del grupo de jubilación o al empleador 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. En conjunto con los prescriptores, si decidimos que su consumo de los medicamentos opioides 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 de benzodiazepine de ciertas farmacias
- Solicitarle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o de benzodiazepine de ciertos prescriptores
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o de benzodiazepine 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.

No se lo incluirá en el DMP si padece ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con cáncer o depranocitosis, 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 un monto específico 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 sus medicamentos, los costos o cualquier problema o inquietud que surja sobre los medicamentos recetados 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 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 833.415.4381 (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 833.415.4381 (los usuarios de TTY llaman a 711) y solicite la Cláusula adicional LIS.

En este capítulo, utilizamos la palabra “medicamento” para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros 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 833.415.4381 (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 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 $2,400 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 con receta y las vacunas cubiertas por la Parte A o la Parte B

- Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en su cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos con receta de Medicare normalmente no cubre
- 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 833.415.4381 (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 $2,400, este *(EOB) de la Parte D* informe le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **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 **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO)

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos bajo **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO). 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:

- **Etapa 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 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 al 833.415.4381 (los usuarios de TTY llaman a 711). La *EOB de la Parte D* puede estar disponible electrónicamente en nuestro sitio web, ***Express-Scripts.com*** o puede solicitar que le envíen por correo una copia impresa llamando 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. 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. Pagará un deducible anual de $225 en los medicamentos de Nivel 3-5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 3-5** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total estándar del medicamento, ya que el plan negoció costos más bajos para la mayoría de los fármacos en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas de dispensación en el caso de los medicamentos cuyos precios se hayan negociado en el marco del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado $225 por los medicamentos de Nivel 3-5, 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, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte (el monto de su copago o 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 de especialidad.** 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 compartidopreferidos. Es posible que los costos sean menores en las farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos costo compartido.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido estándares.
- 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.
- Las farmacias preferidas pedido por correo de nuestro plan, Express Scripts y Amazon, que ofrecen costo compartido preferido. Los costos pueden ser menores en farmacias pedido por correo que ofrecen costo compartido preferido
- Una farmacia pedido por correo de la red que ofrece costo compartido estándares

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/27thriveplus***.

Sección 5.2 Su costo por un suministro para *un mes* de un medicamento con receta 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.

Sus costos para *un mes* de suministro de un medicamento 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 30día)	**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)	$6 copago	$1 copago	$6 copago	$1 copago	$6 copago	$6 copago
Costo compartido Nivel 2 (Genéricos)	$12 copago	$7 copago	$12 copago	$7 copago	$12 copago	$12 copago
Costo compartido Nivel 3 (Marca preferida)	25 % del costo total	22 % del costo total	25 % del costo total	22 % del costo total	25 % del costo total	25 % del costo total
Costo compartido Nivel 4 (Medicamento no preferido)	36 % del costo total	31 % del costo total	36 % del costo total	31 % del costo total	36 % del costo total	36 % 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 30día)	**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)	30 % 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 recetados.

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 (la tarifa costo compartido diaria) 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

Puede adquirir un suministro a largo plazo, también denominado “suministro extendido”, de determinados medicamentos. Un suministro a largo plazo es un suministro 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 parapara hasta tres meses)	**Minorista preferido costo compartido (dentro de la red)** (suministro parapara hasta tres meses)	**Estándar pedido por correo costo compartido** (suministro depara hasta tres meses).	**Preferido pedido por correo (Express Scripts y Amazon) costo compartido** (suministro depara hasta tres meses).
Costo compartido Nivel 1 (Genéricos preferidos)	$18 copago	$0 copago	$18 copago	$0 copago
Costo compartido Nivel 2 (Genéricos)	$36 copago	$21 copago	$36 copago	$0 copago
Costo compartido Nivel 3 (Marca preferida)	25 % del costo total	22 % del costo total	25 % del costo total	22 % del costo total
Costo compartido Nivel 4 (Medicamento no preferido)	36 % del costo total	31 % del costo total	36 % del costo total	31 % 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.

Sección 5.5 Permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los $2,400

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los gastos de su bolsillo totales alcancen los $2,400. Usted pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente el plan de medicamentos recetados de Medicare no cubre. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para su el total de los gastos de su bolsillo.

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 por los medicamentos durante el año No todos los miembrosllegan al límite de $2,400 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 entra en la Etapa de cobertura catastrófica cuando los gastos de su bolsillo alcanzan el límite de $2,400 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura catastrófica, permanece 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 .
- Para los medicamentos cubiertos excluidos por nuestro beneficio mejorado, su distribución de costos no cambiará

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 paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas – Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos 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 833.415.4381 (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 sus coseguro o copago 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 copago de la vacuna (incluida la aplicación), y menos la diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que pagamos normalmente (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 sus coseguro o copago 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.
- 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 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 copago 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 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 puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se 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 un proveedor que no es de la red de nuestro plan.**

   Cuando recibe atención de un proveedor que no es de nuestra red, usted solo es responsable de pagar su parte del costo. (Su parte del costo puede ser más alta para un proveedor fuera de la red que para un proveedor de la red). Pídale al proveedor que facture a nuestro plan la parte del costo que nos corresponde.

   - Los proveedores de emergencia están obligados legalmente a brindar atención de emergencia. Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Si usted paga el monto total al recibir la atención,

solicítenos que le reembolsemos su parte del costo. 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.
- Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en el caso de la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que usted reciba.

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.costo compartidocosto compartido
- 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 rembolso.

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 total 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 membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que 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 reembolsole pague 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 recibió

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 (***prioityhealth.com/27thriveplus***) o llame Atención al cliente al 833.415.4381 (los usuarios de TTY llaman711) 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:

Priority Health Medicare
Parte D de Medicare, MS,1260
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 inglés, 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 podría 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 833.415.4381 (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 833.415.4381 (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

Tiene derecho a elegir a un proveedor de la red de nuestro plan. Además, tiene derecho a consultar a un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) sin necesidad de un referido y, en todo caso, pagar la costo compartido cantidad dentro de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de sus proveedores *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención. También tiene derecho a surtir o resurtir los medicamentos recetados en cualquiera de nuestras farmacias 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 puedan leer ni cambiar sus registros.
- A excepción de las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a cualquier persona que no le proporcione o pague su atención, *estamos obligados a obtener primero un permiso por escrito de usted o de alguien a quien haya dado poder legal para tomar decisiones en su nombre*.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
    - Estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
    - Como usted es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, debemos proveerle a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos,

esto se hará de acuerdo con los estatutos y las regulaciones federales, generalmente. Por lo general esto requiere que la información que le identifique de manera exclusiva no sea compartida.

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Atención al cliente al 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Consulte el Capítulo 11, *Avisos legales*, para ver 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 Thrive Plus (PPO), 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 833.415.4381 (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. Desde luego que, si rechaza el tratamiento, 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**. 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 (los usuarios de TTY deben llamar al 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 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 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

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- **Puede Atención al clientellamar al 833.415.4381 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 800.803.7174
- **Puede comunicarse con Medicare**
  - Puede visitar el sitio web de Medicare.gov para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare)* (La publicación está disponible en Derechos y protecciones de Medicare)
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden 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 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar a 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En esta *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.** El 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 acuda a obtener atención médica o medicamentos 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 medicamentos de venta libre los medicamentos, las vitaminas y los 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 de su plan.
  - Debe seguir pagando sus primas 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 833.415.4381 (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 siguiente son dos organizaciones que pueden ayudar:

State Health Insurance Assistance Program (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 entender qué proceso debe utilizar para manejar un problema. También pueden responder preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos.

Opciones MI – Información de contacto	
Llame al	**800.803.7174 o marque 211**
Escriba	**Opciones MI** **PO Box 30676** **Lansing, MI 48909**
Sitio web	**michigan.gov/MDHHSMIOptions**

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite 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 de cobertura y apelaciones se refieren a problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, suministros, y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, solemos referirnos a los suministros médicos, los servicios y los medicamentos recetados de Medicare Part B como **atención médica**. Usted usa el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para determinar asuntos tales como si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si desea saber si cubriremos atención médica antes de que la reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo deriva a un médico especialista que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibió un aviso de rechazo estándar para este médico especialista, o la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. 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 desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará 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 desestimamos la solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explique por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidamos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que una atención médica no está cubierta o ya no se encuentra cubierta para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, 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** de este capítulo 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:

- **Llame al Atención al cliente en 833.415.4381 (los usuarios de TTY llaman a 711)**
- **Obtener asistencia gratuita** del Programa estatal de asistencia sobre el 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 833.415.4381 (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 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 833.415.4381 (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 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. En este capítulo, 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).

Si no está seguro de qué información se aplica en su caso, llame a Atención al cliente al 833.415.4381 (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 rápida sobre la cobertura se llama una **determinación acelerada.**

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

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, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión rápida sobre la cobertura 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 rápida sobre la cobertura, debe cumplir con 2 requisitos:

- Solo *puede* solicitar cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *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 decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente acordaremos otorgarle una determinación de cobertura rápida.

Si usted mismo solicita una decisión rápida sobre la cobertura, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos una decisión rápida sobre la cobertura. Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:

- Que aplicaremos los plazos estándares.
- Que le otorgaremos una decisión rápida sobre la cobertura automáticamente si su médico la solicita.

- Que puede presentar una queja rápida acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura 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: Estudiamos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si su artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B, le comunicaremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo,** si solicita tiempo adicional o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si solicita un medicamento con receta de la Parte B.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre quejas).

Para tomar una decisión rápida sobre la cobertura, utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión rápida sobre la cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo,** si solicita tiempo adicional o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si solicita un medicamento con receta de la Parte B.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Vaya a la Sección 10 para obtener información sobre las quejas). Le llamaremos en cuanto tomemos la decisión.

- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará el motivo del rechazo.

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 hacer su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre 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: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información. Comprobamos si hemos seguido todas las normas cuando hemos rechazado su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente poniéndonos en contacto con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
  - Sin embargo, si solicita tiempo adicional o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si solicita un medicamento con receta de la Parte B.
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la prórroga, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** le remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B que no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** luego de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario por su afección médica.
  - Sin embargo, si solicita tiempo adicional o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales, se lo

notificaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si solicita un medicamento con receta de la Parte B.

  - Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta en el plazo límite (o al final de la prórroga), enviaremos su solicitud a apelación de Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos en un plazo de 30 días calendario si usted solicita un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** le remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

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.

- Para la 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 artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más.** Si tardan más días, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si esta es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más.** Si tardan más días, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su 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 las solicitudes **aceleradas** tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de

atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama **mantener 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. La notificación escrita que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar 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.

Pedir el reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

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 diremos que no pagaremos los servicios y por qué motivo.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **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 enviárselo a usted o al proveedor de 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. La Sección 6.2**
- Pedir la autorización previa de un medicamento. **Solicite que se tome una decisión de cobertura. La Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya ha comprado. **Puede pedirnos un reembolso. La 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 copago o coseguro 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 puede solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina **determinación de cobertura acelerada.**

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

Las decisiones de cobertura estándar se toman en un plazo de **72 horas** después de recibir su solicitud. **Las decisiones rápidas de cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir su solicitud.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión rápida sobre la cobertura. **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir estos 2 requisitos:**

- Debe solicitar un medicamento que aún no haya recibido. (No puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura 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 rápida sobre la cobertura, le daremos automáticamente una decisión rápida sobre la cobertura.**
- **Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura 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 rápida sobre la cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura, 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 rápida sobre la cobertura, le daremos automáticamente una decisión rápida sobre la cobertura.
  - Información de cómo puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura 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 rápida sobre la cobertura.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestra página web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS*, el cual disponible en nuestro sitio web ***priorityhealth.com/CoverageDetermination***. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Usted, o su médico (u otra persona que recete), o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. En la Sección 4 se explica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de apoyo,** que son los motivos médicos para la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Estudiamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

- 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 esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionarle la cobertura que hemos acordado en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que apoya 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.

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 esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **proporcionarle la cobertura** que acordamos **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración de su médico que apoya 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.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago por un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una 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 apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la 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 14 días calendario desde que recibimos la 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. Un 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, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si se requiere una respuesta rápida por su salud, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** El capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, presente la apelación por escrito o llámenos al 833.415.4381.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el *formulario modelo de solicitud de redeterminación de CMS, que está disponible en nuestro sitio web* ***priorityhealth.com/27thriveplus***. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre 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 de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden añadir más información para apoyar 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 después 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. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **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 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 por un medicamento que aún no ha recibido

- Para una apelación estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después 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. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **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 por un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una 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 apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la 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 declaración por escrito en la que se le explicará el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

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.** 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: usted (o su representante, su médico u otro recetador) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, cuáles son las fechas límite que debe cumplir y cómo puede comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar una apelación dentro de los 65 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de evaluación independiente. Esta información se llama su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitar 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 un 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.
- 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 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 decidida 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), solicítesela a cualquier empleado del hospital. En caso de necesitar ayuda, comuníquese con Atención al cliente en 833.415.4381 (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 conocer estos servicios, el responsable de pagarlos y el lugar donde obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su 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 muestra *solo* que ha recibido el 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, llame a Atención al cliente en 833.415.4381 (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 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

Si desea pedirnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante un período más largo, utilice el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda llame a Atención al cliente al 833.415.4381 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP), para obtener ayuda personalizada.

Opciones MI – Información de contacto	
Llame al	800.803.7174 o marque 211

Opciones MI – Información de contacto	
Escriba	Opciones MI PO Box 30676 Lansing, MI 48909
Sitio web	michigan.gov/MDHHSMIOptions

La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de alta programada es médicamente apropiada. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta hospitalaria para personas con 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 un **Aviso detallado del 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 del alta** llamando a Atención al cliente al 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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 CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

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 (médicamente 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 usted 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 naturales siguientes a la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y te comunicará su decisión.

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 con la cobertura para la atención hospitalaria como paciente internado durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Debe continuar abonando su parte de los gastos y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- ISignifica que coinciden con la decisión que tomaron respecto de la apelación de Nivel 1.

- En la notificación que recibirá 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.
- 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 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando recibe **servicios de salud a domicilio, atención de reposo especializado o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a continuar con los servicios para ese tipo de atención mientras sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención 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

Término legal:

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 pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda llame a Atención al cliente al 833.415.4381 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP), para obtener ayuda personalizada.

Opciones MI – Información de contacto	
Llame al	800.803.7174 o marque 211
Escriba	Opciones MI PO Box 30676 Lansing, MI 48909
Sitio web	michigan.gov/MDHHSMIOptions

La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de la atención es médicamente apropiada. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que les paga el gobierno federal para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las decisiones del plan sobre el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En la notificación escrita que ha recibido (*Notificación de no cobertura de Medicare*) se indica el modo en que puede ponerse en contacto 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 rápidamente:

- Debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** del *Aviso de no 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.

Término legal:

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 su información médica, consultará con su 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 te comunicará 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 abonar el costo total** de esta atención médica.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* la apelación del Nivel 1 – y decide continuar recibiendo la atención médica luego 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: Dentro de los 14 días naturales posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y te comunicará 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 continuar 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 presentar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles del modo de hacerlo en el aviso escrito que recibió 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 habla más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Llevando su apelación al los Niveles 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 útil 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 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 acepta 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 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 sea útil 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 alcanza 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 la 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 el árbitro **en el plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar en 30 días calendario** luego 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 acepta 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 forma parte del gobierno federal.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el consejo **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 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?

Queja	Ejemplo de
	• ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la 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 o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿No se encuentra satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
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 *puntualidad* 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 *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida*, 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 o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Considera que no cumplimos los plazos establecidos 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 833.415.4381 (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 833.415.4381 (los usuarios de TTY llaman al 711) y solicite el *formulario de Nombramiento de representante.* (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. 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 desestimará. 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 ampliemos 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 833.415.4381. 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 Thrive Plus (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía de **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) 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 Periodo 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,
  - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado. O
  - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
    - Si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional (Extra Help), 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 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 Thrive Plus (PPO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para finalizar su afiliación durante un período especial de inscripción si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos. Para obtener una lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar 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 Periodo de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden 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 de medicamentos de Medicare. Puede elegir:

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

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un periodo de 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Si recibe Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de cobertura de medicamentos: Si se pasa a Medicare Original 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 al 833.415.4381 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2027*** (Medicare y Usted 2027).
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 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. • Se cancelará automáticamente su inscripción en **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) 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 **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) 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 833.415.4381 (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 **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) se cancelará cuando empiece su cobertura en Original Medicare.

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 redo 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 **Priority**Medicare Thrive Plus (PPO) debe cancelar su membresía en ciertas situaciones

PriorityMedicare Thrive Plus (PPO) 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 6 meses
  - Si se muda o realiza un viaje largo, llamar a Atención al cliente en 833.415.4381 (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 ya no es un ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible
- 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 de nuestro plan90 días.
- Debemos notificarle por escrito que tiene que 90 días pagar la prima 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 afiliación a 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 previo 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 que pagar la cantidad extra de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare lo desafiliará de nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llamar a Atención al cliente en 833.415.4381 (TTY los usuarios llaman 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

PriorityMedicare Thrive Plus (PPO) 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 Los usuarios de 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 documento de *Evidencia de cobertura* 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 reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de no asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de medicamentos con receta de Medicare, 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 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 833.415.4381 (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 Thrive Plus (PPO), 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
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

Aviso de prácticas de privacidad

Priority Health

Fecha de entrada en vigencia: 12 de agosto de 2026
Este Aviso explica cómo podemos usar y compartir su información de salud. También explica cómo puede obtener una copia de esta información. Léalo detenidamente.

Nuestro compromiso con su privacidad

Priority Health y sus empresas relacionadas trabajan para mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI). Cuando se une a un plan de Priority Health o utiliza los servicios cubiertos, podemos recopilar, crear, usar, almacenar o compartir su PHI. Esto puede incluir información sobre su plan, reclamaciones, atención médica, afecciones médicas, recetas, pagos y cobertura.

Estamos obligados por ley a:

- Mantener la privacidad y seguridad de su PHI.
- Proporcionarle este Aviso que describe nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad.
- Seguir los términos de este Aviso actualmente en vigencia.
- Notificarle si se produce una filtración de su PHI no garantizada.

Cuando sea necesario, limitamos la forma en que usamos, compartimos y solicitamos su PHI. Las leyes federales y estatales, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), pueden brindar protección adicional a cierta información de salud. Esto puede incluir registros de salud mental, VIH/SIDA, datos genéticos y trastornos por consumo de sustancias.

A quién se aplica este aviso

Este Aviso se aplica cuando Priority Health es su plan de salud o es responsable de seguir las normas de la HIPAA. No se aplica cuando Priority Health o una de sus empresas relacionadas presta servicios para otra organización.

Este Aviso también se aplica a Priority Health y Corewell Health cuando trabajan juntos a través de un Acuerdo de atención médica organizada (Organized Health Care Arrangement, OHCA). Pueden compartir su PHI para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica relacionadas con este acuerdo. Priority Health puede cambiar quién participa en el OHCA.

Estas organizaciones pueden ser independientes, pero trabajan juntas para mejorar la calidad y coordinar la atención. También podemos compartir la PHI con empresas que nos brindan servicios, como facturación, revisión de datos, servicio al cliente, tecnología o soporte de oficina. Nuestros contratos exigen que estas empresas protejan su PHI y cumplan con la ley.

Cómo usamos y compartimos su información sin su autorización

Podemos usar o compartir su PHI sin su autorización por escrito por los siguientes motivos.

Tratamiento

Podemos usar o compartir su PHI para apoyar su tratamiento de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre sus medicamentos recetados o sus necesidades de administración de la atención con un proveedor.

Pago
Podemos usar o compartir su PHI para pagar sus servicios de atención médica y administrar sus beneficios. Esto puede incluir el uso o la divulgación de PHI para:

- Cobrar las primas.
- Determinar la cobertura.
- Procesar y pagar reclamaciones médicas, de farmacia, dentales u otras relacionadas con la salud.
- Coordinar los beneficios con otro plan de salud.
- Obtener o proporcionar información relacionada con autorizaciones previas.
- Revisar la necesidad médica.
- Resolver problemas de facturación o pago.
- Responder preguntas sobre reclamaciones o cobertura.

Operaciones de atención médica
Podemos usar o compartir PHI para administrar y mejorar el plan de salud. Esto puede incluir:

- Evaluación y mejora de la calidad.
- Administración de casos y coordinación de la atención.
- Programas de gestión de enfermedades.
- Revisión de la utilización.
- Servicio al cliente.
- Actividades de inscripción y cancelación de la inscripción.
- Actividades de suscripción, calificación o renovación.
- Planificación y gestión empresarial.
- Actividades de auditoría, legales, de cumplimiento y de prevención del fraude.
- Acreditación, licencias y actividades regulatorias.
- Evaluación del desempeño del proveedor o del desempeño del plan de salud. No usaremos ni compartiremos información genética para fines de suscripción.

Divulgaciones a los patrocinadores del plan de salud grupal

Esta sección se aplica a los planes de salud grupales totalmente financiados. Podemos compartir información limitada con el patrocinador de su plan de salud grupal, generalmente su empleador u otra organización que patrocine el plan. Por ejemplo, Priority Health puede compartir si se ha inscrito o cancelado su inscripción en el plan de salud grupal.

También podemos compartir información de salud resumida con el patrocinador del plan. En la información de salud resumida generalmente se elimina la mayoría de los identificadores directos, y el patrocinador del plan la puede utilizar para obtener ofertas de primas, evaluar los costos del plan o decidir si modificar, enmendar o cancelar el plan de salud grupal. También podemos compartir información de salud anonimizada con el patrocinador del plan. La información anonimizada es información que ya no puede identificar a un individuo y para la cual no hay motivo razonable para creer que se puede usar para identificar a un individuo. La información anonimizada no se considera PHI y ya no está cubierta por la HIPAA.

Si el patrocinador del plan ha tomado las medidas que exigen las regulaciones federales de privacidad, Priority Health puede compartir la PHI con el patrocinador del plan solo para fines de administración del plan que dicho patrocinador realiza en nombre del plan de salud grupal. El patrocinador del plan no puede usar la PHI para acciones o decisiones relacionadas con el empleo a menos que lo permita la ley.

Usos y divulgaciones adicionales permitidos

Podemos usar o compartir su información de salud sin su permiso por escrito cuando la ley lo permita. Esto puede incluir:

- Mejorar la calidad, el servicio al cliente y su experiencia.
- Enviar encuestas u otros mensajes; puede solicitarnos que dejemos de enviarle algunos mensajes.
- Informar sobre enfermedades, abuso o negligencia.
- Participar en auditorías y revisiones.
- Seguir órdenes judiciales y otras solicitudes legales.
- Compartir información con un funcionario de la ley o de una cárcel si usted está bajo custodia.
- Ayudar a prevenir un riesgo grave para la salud o la seguridad.
- Apoyar los programas de compensación para trabajadores.
- Ayudar con la donación de órganos o trasplantes.
- Apoyar las necesidades militares o de seguridad nacional.
- Trabajar con forenses, examinadores médicos o directores de funerarias.
- Informarle sobre programas o servicios de salud relacionados con su cobertura.

Podemos eliminar detalles que le identifiquen o combinar su información con información de otras personas. Podemos usar esta información para investigaciones, revisión de datos, capacitación del personal y mejoras en el servicio.
Dado que esta información no le identifica, no tiene las mismas protecciones de la HIPAA.

Uso de tecnologías (incluida la inteligencia artificial)

Podemos utilizar tecnologías, incluida la inteligencia artificial (IA), herramientas automatizadas, análisis de datos o tecnologías similares. Estas herramientas pueden ayudarnos a:

- Administrar y coordinar su atención.
- Mejorar la calidad y la seguridad.
- Encontrar posibles fraudes, desperdicios o usos indebidos.
- Revisar cómo se utilizan los servicios de atención médica.
- Programar servicios y preparar registros.
- Proporcionar servicio al cliente.
- Encontrar posibles riesgos para la salud o necesidades de atención.

Estas herramientas pueden revisar su información de salud. Esto ayuda a nuestros equipos a brindar un servicio oportuno y efectivo. Todavía hay personas que revisan los resultados y toman decisiones cuando lo exige la ley, el contrato o la política de Priority Health.

Utilizamos estas herramientas de una manera que respeta la privacidad, la seguridad y otras leyes. Cuando empresas externas proporcionan estas herramientas, nuestros contratos les exigen que protejan su información.

Usos en los que usted tiene la posibilidad de elegir

Es posible que tenga posibilidad de elegir antes de que compartamos parte de su información de salud. Puede decirnos si podemos compartirla con familiares, amigos cercanos u otras personas que le ayuden con su atención o su costo.

Si no puede decirnos su elección, podemos compartir la información cuando creamos que es mejor para usted. También podemos compartirla para ayudar a prevenir un riesgo grave para la salud o la seguridad de alguien.

Cómo usamos y compartimos su información con su permiso

Obtendremos su permiso para casos tales como:

- Usar su información para marketing cuando lo exija la ley.
- Vender su información de salud.
- Usar o compartir notas de psicoterapia, excepto según lo permitido por la ley.
- Ciertos usos que involucran registros de trastornos por consumo de sustancias cuando se requiere autorización o consentimiento.
- Usos o divulgaciones de investigación cuando la ley exija su autorización.

Usted puede revocar su autorización en cualquier momento por escrito. La revocación no se aplicará a las acciones ya realizadas.

Protecciones especiales

Parte de la información de salud puede tener protecciones adicionales conforme a la ley federal o estatal. Esto puede incluir:

- Registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias.
- Notas de psicoterapia.
- Información de salud mental.
- Información sobre VIH/SIDA y cierta información sobre enfermedades transmisibles.
- Información genética.
- Otra información protegida por la ley.

Protegeremos esta información según lo exija la ley.

Trastorno por consumo de sustancias (parte 2)

Priority Health puede recibir y mantener registros sobre el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias. Estos registros pueden provenir de programas o proveedores que diagnostican, tratan o derivan a las personas para recibir atención. Algunos de estos registros están protegidos por la ley federal de la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federaciones (Code of Federal Regulations, CFR).

Si da su permiso por escrito, podemos usar o compartir estos registros para el tratamiento, el pago y el trabajo del plan de salud. Solo los usaremos o compartiremos según lo permita la ley.

La ley federal limita la forma en que estos registros pueden utilizarse en su contra en una causa judicial o gubernamental. Solo se pueden usar si usted da un permiso por escrito o si un tribunal lo permite.

No usaremos ni compartiremos estos registros para recaudar fondos a menos que lo permita la ley y tengamos su permiso cuando sea necesario. Puede solicitarnos que dejemos de enviar mensajes de recaudación de fondos que utilicen esta información.

Información personal y social relacionada con la salud

Podemos recopilar y conservar información personal y social relacionada con su salud. La información personal puede incluir su raza, origen étnico, idioma, estado de discapacidad, orientación sexual o identidad de género. La información social puede incluir su vivienda, transporte o acceso a alimentos saludables. Protegemos esta información como se explica en este Aviso.

Podemos usar esta información para:

- Enviarle educación para la salud.
- Crear programas que ayuden a mejorar la salud.
- Ayudarle a obtener la atención que necesita.
- Conocer su idioma o sus necesidades de acceso.
- Proporcionar servicios lingüísticos u otros servicios de apoyo.
- Mejorar la atención y la salud comunitaria.

No usamos esta información para decidir sus beneficios, establecer el costo de su plan o aprobar la cobertura de salud. No la compartimos con personas o grupos a los que no se les permite recibirla, a menos que la ley lo permita o nos obligue a hacerlo.

Conservación de la PHI

Conservamos la PHI y los registros relacionados después de que finalice su cobertura según lo exija o permita la ley aplicable y nuestras políticas de conservación de registros. La industria de la atención médica debe seguir las leyes estatales y federales para la conservación de datos. Esas leyes requieren que Priority Health conserve los registros por determinados períodos. La política y las prácticas de conservación de Priority Health están alineadas con estas leyes estatales y federales. Podemos continuar manteniendo, usando o compartiendo su PHI para la administración de reclamaciones, apelaciones, auditorías, cumplimiento legal, informes regulatorios u otras operaciones del plan de salud. Las protecciones de privacidad y seguridad continúan aplicándose a la PHI que mantenemos después de que finalice su cobertura.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI.

Acceso y copias

Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la PHI que mantenemos sobre usted. Este conjunto de registros suele incluir la inscripción, el pago, las reclamaciones, la administración de casos, la gestión médica y otros registros que utilizamos para tomar decisiones sobre usted. Este derecho no incluye ciertas categorías limitadas, como las notas de psicoterapia.

- Las solicitudes deben hacerse por escrito utilizando el formulario correspondiente.
- Respondemos en un plazo de 30 días, a menos que se requiera una prórroga.
- Se puede cobrar una tarifa razonable basada en el costo por las copias.
- En algunos casos, es posible que se rechace su solicitud. Si es así, puede solicitar una revisión de la denegación.

Modificaciones

Puede solicitar modificar su PHI en un conjunto de registros si cree que es inexacta. Su solicitud debe hacerse por escrito y explicar por qué se debe modificar la información. Priority Health puede denegar la solicitud en ciertos casos. Podemos denegar su solicitud si:

- Nosotros no hemos creado la información.
- La información no forma parte de nuestros registros.
- No tiene permitido revisar la información.
- Consideramos que la información es correcta y está completa.

Recuento de divulgaciones

Puede solicitar recibir una lista de ciertas divulgaciones realizadas en los últimos seis años (no se incluye el tratamiento, el pago y las operaciones). Es posible que se aplique un cargo si hay varias solicitudes en un plazo de 12 meses.

Restricciones

Tiene derecho a solicitarnos que limitemos la forma en que usamos o compartimos su información de salud.

- No estamos obligados a aceptar todas las restricciones solicitadas, excepto en ciertos casos.
- Si aceptamos una restricción, la cumpliremos, excepto en situaciones de emergencia o según lo exija la ley.

Comunicaciones confidenciales

Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica o en una ubicación

determinada.

- Por ejemplo, puede solicitar el contacto en una dirección laboral en lugar de su domicilio o por un método de contacto específico.
- Nos adaptaremos a las solicitudes razonables según lo exija la ley.

Copia del aviso
Puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento. Incluso si aceptó recibir este Aviso electrónicamente, aún puede recibir una copia en papel. Puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web o si se comunica con Priority Health.

Aviso de filtraciones
Usted tiene derecho a ser notificado si su información de salud se ve afectada por una filtración.

- Los avisos se proporcionarán de acuerdo con los requisitos legales aplicables

Elegir a una persona para que actúe en su nombre
Si ha otorgado a alguien un poder médico, si alguien es su tutor legal o si otra persona tiene autoridad legal para actuar en su nombre, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su PHI. Priority Health puede exigir documentación que verifique su autoridad.

Cambios a este Aviso

Podemos cambiar este Aviso y cómo protegemos su información. El nuevo aviso puede aplicarse a la información que ya tenemos y a la información que obtengamos más adelante. Si hacemos un cambio, publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. También puede solicitarnos una copia. Se lo enviaremos a los miembros cuando lo exija la ley.

Quejas e información de contacto

Si tiene preguntas o cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con:

- **La Oficina de Privacidad de Priority Health**
  Dirección: 100 Corewell Dr. MC 6481, Grand Rapids, MI 49503
  Teléfono: 616-486-4113
  Correo electrónico: privacy@priorityhealth.com
- **Atención al cliente de Priority Health**: 1-800-942-0954
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta por correo postal a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o puede llamar al 1-800-368-1019 o puede visitar https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html
- No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

10003-410
Y0056_NCMS400040102670BG_C 02122026
H8379_NCMS400040102671BH_C 02122026
©2026 Priority Health PH045 PH33599_2.0 08/26

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 recetados 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. En la parte de la red de una PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red consigue una autorización previa de nuestro plan. En una PPO, no necesita autorización previa para recibir servicios fuera de la red. Sin embargo, tal vez quiera consultar con el plan antes de obtener servicios de proveedores de fuera de la red para confirmar que el servicio esté cubierto por su plan y para conocer la parte del costo compartido que le corresponde a usted. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4 se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. 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 máxima de gastos de bolsillo dentro de la red – es el máximo que pagará por los servicios cubiertos obtenidos de proveedores de la red (preferidos). Una vez que alcanza este límite, no tendrá que pagar nada cuando recibe servicios cubiertos de proveedores de la red durante el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto de gastos de bolsillo combinado, debe continuar pagando su parte de los costos cuando busque atención de un proveedor fuera de la red (no preferido).

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 (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 por el servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, consulta como paciente externo en un hospital 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, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte de los costos por los servicios o medicamentos recetados después de que pague su deducible.

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 compartidos estándar que no es el costo compartido preferido que ofrece una farmacia de la red.

Costo compartido preferidoGastos Compartidos – costo compartido preferido significa un costo 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 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 un miembro paga de su bolsillo.

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 la atención médica o los medicamentos con receta 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.

Etapa de cobertura catastrófica – La etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado $2,400 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, nuestro plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Puede tener costos compartidos para los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Etapa de cobertura inicial – esta es la etapa después de que pague sus deducibles (si tiene) y antes de que sus gastos de su bolsillo para el año alcancen el monto umbral de gastos de bolsillo.

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 Thrive Plus (PPO), 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.

Gastos Compartidos – Gastos compartidos 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). Gastos compartidos 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 medicamentos; 2) cualquier monto de copago fijo que un plan exija al recibir medicamentos específicos; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento, que un plan exija al recibir medicamentos específicos.

“Herramienta de beneficio en tiempo real” – una aplicación de computadora o portal en la que las personas inscritas pueden buscar infromación 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.

Hospitalización – 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**.

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 a los beneficios del Seguro Social.

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.

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 estateles 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. 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 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 medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento 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).

Medicina nuclear – radiología en la que se introducen radioisótopos (compuestos que contienen formas radiactivas de átomos) en el cuerpo con el propósito de obtener imágenes, evaluar la función de los órganos o localizar enfermedades o tumores.

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 (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 combinado de gastos de su bolsillo: es el máximo que pagará en un año por todos los servicios tanto de proveedores de la red (preferidos) como de proveedores fuera de

la red (no preferidos). Ingrese en Capítulo 4, Sección 1 , para obtener más información sobre el monto máximo de gastos de bolsillo combinado.

Multa por inscripción tardía de la Parte D – monto que se suma a su prima mensual por la cobertura de 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 recetados 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 centro de cuidados, 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 de una Organización de proveedores preferidos (PPO) – Un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los gastos de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan 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.

Procedimientos quirúrgicos mayores – intervenciones quirúrgicas complejas que implican la penetración de cavidades corporales mayores, una disección extensa de tejidos o la alteración de estructuras anatómicas vitales, y que requieren anestesia general o bloqueos regionales profundos.

Procedimientos quirúrgicos moderados – procedimientos que requieren sedación consciente, moderada o profunda, o bloqueos regionales extensos de los nervios, que requieren la monitorización continua de los signos vitales del miembro y un período de recuperación específico.

Procedimientos quirúrgicos simples – procedimientos que pueden realizarse junto a la cama del paciente o en la misma sala de examen donde se realiza la consulta, utilizando una cantidad mínima de equipos, suministros o medicamentos adicionales.

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 (Primary Care 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 de atención médica. **Los 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.

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 – servicios de atención médica que le ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud a tiempo, determinar los tratamientos más efectivos y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, inyecciones, pruebas de laboratorio y exámenes de detección. También incluyen programas para el monitoreo de la salud, y asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar de su propia salud.

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.

Aviso de no discriminación

Priority Health

Este Aviso describe nuestra política contra la discriminación, la disponibilidad de asistencia lingüística gratuita, ayudas y servicios auxiliares y cómo presentar una queja.

La discriminación es ilegal
Priority Health cumple con las leyes de derechos civiles aplicables y no discrimina, no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, etnia, origen nacional, edad, estado de VIH, estado civil, sexo (según lo definido por la ley y la política de Priority Health), orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad, religión, condición socioeconómica o fuente de pago por el servicio, altura, peso, condición de veterano, asociación o cualquier otra característica protegida basada en la ley federal, estatal o local.

Disponibilidad de asistencia lingüística gratuita y ayudas y servicios auxiliares
Priority Health proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir:

- Intérpretes cualificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Priority Health proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares gratuitos y apropiados para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:

- Intérpretes cualificados de lenguaje de señas.
- Información escrita en otros formatos (por ejemplo, letra grande, audio, electrónica accesible).

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, visite ***priorityhealth.com/contact-us***.

Presentar una queja
Si cree que Priority Health no ha brindado estos servicios o le ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, etnia, origen nacional, edad, estado de VIH, estado civil, sexo (según lo definido por la ley y la política de Priority Health), orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad, religión, condición socioeconómica o fuente de pago por el servicio, altura, peso, condición de veterano, asociación o cualquier otra característica protegida basada en la ley federal, estatal o local, puede presentar una queja en persona o por correo postal, teléfono, fax o correo electrónico. El Coordinador de Derechos Civiles de la Sección 1557 puede responder preguntas y ayudar a presentar una queja mediante los siguientes métodos:

Correo postal. Section 1557 Civil Rights Coordinator Compliance Department MC 3230 Priority Health
1231 East Beltline Ave NE Grand Rapids, MI 49525-4501

Teléfono. 866.807.1931 (TTY: 711)
Fax. 616.975.8850
Correo electrónico.
PH-compliance@priorityhealth.com

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos mediante los siguientes métodos:

Correo postal. HHS
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Teléfono. 800.368.1019 (TTD: 800.537.7697)
Formulario. ***hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint***

Este Aviso está disponible en ***priorityhealth.com/nondiscrimination***. *Última actualización: junio 2025*

10003-334 H8379_NCMS400040102562BK_C 06202025
Y0056_NCMS400040102562BK_C 06202025
©2025 Priority Health PH116 PH_33077-1.3 06/25

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 (ܣܘܪܝܐܝܐ) - ܫܡܘܥܐ ܕܝܡܐ: ܐܢܬܘܢ ܡܠܠܝܢ ܣܘܪܝܬܐ، ܡܬܝܠܝܢ ܠܟܘܢ ܫܪܘܬܐ ܕܡܬܪܓܡܢܘܬܐ ܕܠܫܢܐ ܕܚܢܡܐ. ܐܦܠܘ ܗܘܝܢ ܡܬܝܠܝܢ ܫܪܘܬܐ ܕܡܬܪܓܡܢܘܬܐ ܕܡܬܚܘܐ ܕܡܬܝܠܝܢ ܠܟܘܢ ܒܚܢܡܐ ܕܠܐ ܡܚܝܒܐ ܘܐܦܠܘ ܫܪܘܬܐ ܕܡܬܝܠܝܢ ܠܟܘܢ ܒܦܪܡܛܐ ܕܡܬܝܠܝܢ ܠܡܫܡܫܐ. ܨܠܘ ܠܡܠܦܢ 800.942.0954 (TTY: 711) ܐܘ ܡܠܠܘ ܥܡ ܡܫܡܫܢܟܘܢ.

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 također 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 Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 800.942.0954 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

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

continued >

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 Thrive Plus (PPO) Atención al cliente

Atención al cliente – Información de contacto	
Llame al	833.415.4381 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 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	Priority Health Medicare Departamento de Atención al cliente, MS 1115 1231 East Beltline Ave. NE Grand Rapids, MI 49525
Sitio web	***priorityhealth.com/27thriveplus***

Opciones MI
Opciones MI 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	Opciones MI PO Box 30676 Lansing, MI 48909
Sitio web	michigan.gov/MDHHSMIOptions

PriorityMedicare Thrive Plus'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 833.415.4381, llame al. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o consultar el *Directorio de proveedores/farmacias* en línea al ***priorityhealth.com/27thriveplus***.

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA) *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

priorityhealth.com/27thriveplus

Aprobación OMB 0938-1051 (Expira el: 31 de julio de 2029)
H4875_110011502707_C