



Evidencia de Cobertura de 2024

PriorityMedicare D-SNPSM (HMO)
ofrecido por Priority Health

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

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

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. Explica cómo recibir cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Recursos adicionales

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

Los beneficios, la prima, el deducible, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

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

Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente al 833.939.0983 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

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

Sobre PriorityMedicare D-SNP

Priority Health tiene planes D-SNP (HMO) con un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en **Priority**Medicare D-SNP (HMO) depende de la renovación del contrato.

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

Evidencia de Cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de PriorityMedicare D-SNP HMO-DSNP

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al TTY 711). Los horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

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

Esta información está disponible en distintos formatos, incluso braille, letra grande y audio.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

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

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

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

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 833.939.0983. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 833.939.0983. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 833.939.0983。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 833.939.0983。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 833.939.0983. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 833.939.0983. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chýõng sức khỏe và chýõng trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 833.939.0983 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 833.939.0983. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 833.939.0983 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 833.939.0983. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 3890.939.338. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 833.939.0983 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 833.939.0983. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 833.939.0983. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 833.939.0983. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 833.939.0983. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、833.939.0983 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Tabla de Contenido

Evidencia de Cobertura de 2024**Tabla de Contenido**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	6
SECCIÓN 1 Introducción	7
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	9
SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía que recibirá	11
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de PriorityMedicare D-SNP	13
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	16
SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su registro de membresía del plan	16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	17
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	19
SECCIÓN 1 Contactos de PriorityMedicare D-SNP (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente)	20
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	25
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	26
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad	27
SECCIÓN 5 Seguro Social	28
Sección 6 El programa Medicaid de Michigan	29
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	31
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios	32

SECCIÓN 9	¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?	33
-----------	---	----

CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos* 34

SECCIÓN 1	Datos importantes sobre cómo obtener atención médica y otros servicios médicos cubiertos como miembro de nuestro plan.....	35
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios	37
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	40
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?	43
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa 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)* 49

SECCIÓN 1	Cómo comprender los servicios cubiertos	50
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto	50
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	129

CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D* 138

SECCIÓN 1	Introducción	139
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	140
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan	144
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	146

Tabla de Contenido

SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?	148
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	150
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	153
SECCIÓN 8	Cómo obtener un medicamento con receta	154
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	155
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y la administración de los medicamentos	157
CAPÍTULO 6: <i>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D</i>		160
SECCIÓN 1	Introducción	161
SECCIÓN 2	El precio que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento	164
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	165
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos	167
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte	167
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa del Período sin Cobertura	171
SECCIÓN 7	Durante esta Etapa de Cobertura para Catástrofes, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D	172
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted pague dependerá de cómo y dónde las obtenga.....	172
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>		176
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos los servicios o medicamentos cubiertos.....	177

Tabla de Contenido

SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted recibió	179
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	180
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	182
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	183
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	190
CAPÍTULO 9:	<i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	192
SECCIÓN 1	Introducción	193
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	194
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	196
SECCIÓN 4	Manejo de problemas sobre los beneficios de Medicare	197
SECCIÓN 5	Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	198
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	201
SECCIÓN 7	Medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	210
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que le están dando de alta demasiado pronto.....	221
SECCIÓN 9	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	229
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	236
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes.....	239
SECCIÓN 12	Manejo de problemas sobre sus beneficios del programa Medicaid de Michigan	242

Tabla de Contenido

CAPÍTULO 10: <i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	244
SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan	245
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	245
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	249
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan	250
SECCIÓN 5 PriorityMedicare D-SNP debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	251
CAPÍTULO 11: <i>Avisos legales</i>	253
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes	254
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación	254
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	255
SECCIÓN 4 Aviso sobre la coordinación de beneficios con terceros pagadores	255
SECCIÓN 5 Aviso sobre la Evidencia de Cobertura: términos vinculantes	257
SECCIÓN 6 Aviso sobre prácticas de privacidad	258
CAPÍTULO 12: <i>Definiciones de palabras importantes</i>	265
ANEXO: <i>Beneficios obligatorios de la vista, dentales y auditivos (incluidos en su plan Medicare Advantage D-SNP sin prima mensual adicional)</i>	280
INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN DENTAL	282
INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN DE LA VISTA	321
INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN AUDITIVA	326

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en PriorityMedicare D-SNP, un plan especializado de Medicare Advantage (plan de necesidades especiales)
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare y el programa Michigan Medicaid (Medicaid de Michigan):

- **Medicare** es el programa federal de seguros médicos destinado a personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del gobierno estatal y federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar las primas de Medicare y otros costos. Otras personas obtienen cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

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

PriorityMedicare D-SNP es un plan especializado de Medicare Advantage (un Plan de Necesidades Especiales de Medicare). Esto significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. **Priority**Medicare D-SNP está diseñado para las personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a asistencia del programa Medicaid de Michigan.

Debido a que usted recibe asistencia del programa Medicaid de Michigan con su costo compartido de la Parte A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no pague nada por los servicios de atención médica de Medicare. El programa Medicaid de Michigan también puede proporcionarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica, como atención a largo plazo o servicios basados en el hogar y la comunidad, que por lo general no están cubiertos por Medicare. Además, puede recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta de Medicare. **Priority**Medicare D-SNP le ayudará a administrar todos estos beneficios, para que reciba los servicios de atención médica y la asistencia de pago a la que tiene derecho.

PriorityMedicare D-SNP es administrado por una organización sin fines de lucro. Al igual que todos los planes de Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Michigan para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindar su cobertura para atención médica de Medicare, incluyendo su cobertura para medicamentos con receta.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

Sección 1.2	¿De qué trata el documento <i>Evidencia de Cobertura</i>?
--------------------	--

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

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

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

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i>
--------------------	---

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo **Priority**Medicare D-SNP 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 D-SNP desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

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 D-SNP después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2024.

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

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (en la Sección 2.3, a continuación, se describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente en los Estados Unidos.
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios del programa Medicaid de Michigan. (El programa Medicaid de Michigan es un programa conjunto del gobierno estatal y federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan debe ser mayor de 21 años y recibir los beneficios de Medicare y el programa completo Medicaid de Michigan

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde la elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la vuelva a obtener dentro seis meses, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de supuesta elegibilidad continua).

Sección 2.2 ¿Qué es el programa Medicaid de Michigan?

Medicaid es un programa conjunto del gobierno estatal y federal que brinda ayuda con los costos médicos y de atención a largo plazo a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y cuánto cuestan los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa, siempre y cuando sigan las pautas federales.

Además, hay programas que se ofrecen a través del programa Medicaid de Michigan que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos QMB también son elegibles para los beneficios del programa completo Medicaid de Michigan [QMB+]).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos SLMB también son elegibles para los beneficios del programa completo Medicaid de Michigan [SLMB+]).

Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan para PriorityMedicare D-SNP
--------------------	---

PriorityMedicare D-SNP se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los 68 condados de la península inferior de Michigan:

Condados de Michigan		
Alcona	Allegan	Alpena
Antrim	Arenac	Barry
Bay	Benzie	Berrien
Branch	Calhoun	Cass
Charlevoix	Cheboygan	Clare
Clinton	Crawford	Eaton
Emmet	Genesee	Gladwin
Grand Traverse	Gratiot	Hillsdale
Huron	Ingham	Ionia
Iosco	Isabella	Jackson
Kalamazoo	Kalkaska	Kent
Lake	Lapeer	Leelanau
Lenawee	Livingston	Macomb
Manistee	Mason	Mecosta
Midland	Missaukee	Monroe
Montcalm	Montmorency	Muskegon
Newaygo	Oakland	Oceana
Ogemaw	Osceola	Oscoda
Otsego	Ottawa	Presque Isle
Roscommon	Saginaw	St. Clair
St. Joseph	Sanilac	Shiawassee
Tuscola	Van Buren	Washtenaw
Wayne	Wexford	

Si planea mudarse a otro Estado, también debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su Estado y preguntar cómo afectará esta mudanza sus beneficios del programa Medicaid de Michigan. Los números del programa Medicaid de Michigan se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no podrá continuar siendo miembro de este plan. Comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente para saber si contamos con un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

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

SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía que recibirá**Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan**

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

 Plan Year XXXX	Customer Service: 833.939.0983 (TTY 711) 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week prioritymedicare.com
First name Last name ID: 900000000-00	Important contact information:
Group ID: XXXXX	Delta Dental: 800.330.2732
Plan name: PLAN NAME	EyeMed: 844.366.5127
PCP: \$\$\$	TruHearing: 833.714.5356
Specialist: \$\$\$	SilverSneakers: 833.256.0190
Prescription: Yes	For prescription reimbursement: Priority Health (Medicare Part D) 1231 East Beltline NE, MS1260 Grand Rapids, MI 49501-0232 priorityhealth.com/rx-claims
 Prescription Drug Coverage X	For provider claims: Priority Health, P.O. Box 232, Grand Rapids, MI 49501-0232 Providers: Visit priorityhealth.com/provider or call 800.942.4765

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en vez de la tarjeta de membresía de **PriorityMedicare D-SNP**, es posible que tenga que pagar el costo total de los

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados “ensayos clínicos”.

Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, la pierde o se la roban, llame de inmediato a nuestro Servicio de Atención al Cliente para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores/*Farmacias*

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

Debe utilizar los proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no se encuentre disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que **Priority**Medicare D-SNP autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más actualizada de proveedores y distribuidores también está disponible en nuestro sitio web priorityhealth.com/dsnpplan24.

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

Si no tiene el *Directorio de Proveedores/Farmacias*, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) al Servicio de Atención al Cliente. Las solicitudes de Directorios de Proveedores/Farmacias impresos se le enviarán por correo en un plazo de tres días laborables. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web priorityhealth.com/dsnpplan24 o descargarla de ese sitio. Tanto el Servicio de Atención al Cliente como el sitio web pueden ofrecerle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de nuestra red.

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

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviarla. Esta lista indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en **Priority**Medicare D-SNP. El plan, con la colaboración de un equipo de doctores y farmacéuticos, selecciona los

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la “Lista de Medicamentos” de **Priority**Medicare D-SNP.

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

Le proporcionaremos una copia de la “Lista de Medicamentos”. La “Lista de Medicamentos” que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos más utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la “Lista de Medicamentos” proporcionada. Si uno de sus medicamentos no figura en la “Lista de Medicamentos”, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (priorityhealth.com/dsnpplan24) o llamar a nuestro Servicio de Atención al Cliente al 833.939.0983.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de PriorityMedicare D-SNP

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Cantidad de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.4)

Sección 4.1	Prima del plan
--------------------	-----------------------

No es necesario que pague por separado la prima del plan mensual **Priority**Medicare D-SNP.

Sección 4.2	Prima mensual de la Parte B de Medicare
--------------------	--

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para el programa Medicaid de Michigan y tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de **Priority**Medicare D-SNP, el programa Medicaid de Michigan paga su prima de la Parte A (si no califica para esta automáticamente) y para su prima de la Parte B.

- Para obtener más información o determinar si califica para la asistencia al pagar su prima de la Parte B, puede comunicarse con Change Healthcare al 1.877.817.0857, entre las 9:00 a. m. y las 6:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-644-3244. Priority Health trabaja con MyAdvocate Change Healthcare para ayudar a los miembros a identificar y solicitar programas para los que pueden calificar. Para obtener más información, visite MyAdvocateHelps.com.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Un recurso adicional para que los miembros sepan si califican para la Ayuda Adicional de Medicare es llamar a Priority Health al 833.939.0983.

Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, deberá continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para obtener la Parte A sin pagar la prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Como tiene elegibilidad doble, la multa por inscripción tardía (late enrollment penalty, LEP) no se aplica para usted mientras mantenga su condición de elegibilidad doble, pero si la pierde puede incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura acreditada para medicamentos con receta. Cobertura acreditada para medicamentos con receta es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditada para medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

No tendrá que pagarla si:

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

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

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta el número de meses completos en que no tuvo cobertura acreditada para

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

medicamentos con receta, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes en el que no tuvo cobertura acreditada. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.

- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2024, la cantidad promedio de la prima es de \$34.70.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondear el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$34.70, que es igual a \$4.858. Esto se redondea a \$4.90. Esta cantidad se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

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

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

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía.

Sección 4.4	Cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso
--------------------	--

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como la cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso de la Parte D, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, tal y como figura en su declaración de impuestos de hace 2 años. Si esta cantidad supera una determinada cantidad, pagará la cantidad estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que es posible que deba pagar según sus ingresos, visite www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?
--------------------	---

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

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

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

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

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

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

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

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación laboral o el programa Medicaid de Michigan).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador o un poder de representación para la atención médica).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No tiene la obligación de informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero lo animamos a que lo haga).

Si se produce algún cambio en esta información, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente o envíe por correo una solicitud escrita firmada. **Nota:** Puede cambiar fácilmente de PCP en su cuenta de miembro. Regístrese o inicie sesión en su cuenta de miembro en priorityhealth.com/dsnpplan24, vaya a “My Plan” (Mi plan) y seleccione “My Plan & Spending” (Mi plan y gastos) y “find a new Primary physician” (buscar un nuevo doctor de atención primaria) en los PCP actuales incluidos en la lista.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

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

Una vez al año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a nuestro Servicio de Atención al Cliente. Es posible que sus otros aseguradores le soliciten el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de PriorityMedicare D-SNP (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente)

Cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio de Atención al Cliente de **Priority**Medicare D-SNP. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicio de Atención al Cliente: información de contacto
LLAME AL	833.939.0983 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. El Servicio de Atención al Cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	616.942.0995
ESCRIBA A	Customer Service Department, MS 1115 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave, NE Grand Rapids, MI 49525 <i>MedicareCS@priorityhealth.com</i>
SITIO WEB	<i>priorityhealth.com/dsnpplan24</i>

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

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

Método	Decisiones de cobertura para la atención médica: información de contacto
LLAME AL	833.939.0983 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	888.647.6152
ESCRIBA A	Health Management Department, MS 1255 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave, NE Grand Rapids, MI 49525
SITIO WEB	priorityhealth.com/dsnpplan24

Método	Decisiones de cobertura sobre medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	833.939.0983 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	877.974.4411
ESCRIBA A	Medicare Part D, MS 1260 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave, NE Grand Rapids, MI 49525
SITIO WEB	priorityhealth.com/dsnpplan24

Método	Apelaciones sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	833.939.0983 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	616.975.8827
ESCRIBA A	Appeals Coordinator, MS 1150 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave, NE Grand Rapids, MI 49525
SITIO WEB	priorityhealth.com/dsnpplan24

Método	Apelaciones sobre medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	833.939.0983 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	877.974.4411
ESCRIBA A	Part D Appeal Coordinator, MS 1260 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave, NE Grand Rapids, MI 49525
SITIO WEB	priorityhealth.com/dsnpplan24

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

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

Método	Quejas sobre la atención médica o medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	833.939.0983 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	Atención médica: 616.975.8827 Parte D: 877.974.4411
ESCRIBA A	Medicare Grievance Coordinator, MS 1150 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave, NE Grand Rapids, MI 49525
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre PriorityMedicare D-SNP directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

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

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

Método	Solicitudes de pago para atención médica: información de contacto
LLAME AL	833.939.0983 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	616.942.0995
ESCRIBA A	Customer Service Department, MS 1115 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave, NE Grand Rapids, MI 49525
SITIO WEB	priorityhealth.com/dsnpplan24

Método	Solicitudes de pago para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	833.939.0983 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	616.975.8867
ESCRIBA A	Medicare Part D, MS 1260 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave, NE Grand Rapids, MI 49525
SITIO WEB	priorityhealth.com/dsnpplan24

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y A OTROS RECURSOS:

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

Método	Programa de asistencia Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP): información de contacto
LLAME AL	800.803.7174 o marque 211
ESCRIBA A	MMAP 6105 W St. Joseph Hwy, Suite 204 Lansing, MI 48917-4850
SITIO WEB	mmapinc.org

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

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

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

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

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

Método	Livanta LLC (Organización para la mejora de la calidad de Michigan): información de contacto
LLAME AL	888.524.9900, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local Fines de semana/días festivos: de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local
FAX	833.868.4059
TTY	888.985.8775 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta LLC, BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.livanta.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

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

Sección 6 El programa Medicaid de Michigan

Este es un programa conjunto del gobierno estatal y federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

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

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con el programa Medicaid de Michigan del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan.

Método	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan: información de contacto
LLAME AL	517.241.3740, lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	Michigan Department of Health and Human Services 333 S. Grand Ave. P.O. Box 30195 Lansing, Michigan 48909
SITIO WEB	michigan.gov/mdhhs

El Enlace de salud de Ombudsman de Michigan brinda asistencia a las personas inscritas en el programa Medicaid de Michigan con problemas relacionados con el servicio o la facturación. Pueden ayudarle a presentar un reclamo o una apelación con nuestro plan.

Método	Enlace de salud de Ombudsman de Michigan: información de contacto
LLAME AL	888.746.6456, lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	help@MHLO.org
SITIO WEB	mhlo.org/

El Programa Ombudsman de Atención a Largo Plazo de Michigan ayuda a las personas a obtener información sobre los centros de cuidados y a resolver problemas entre los centros de cuidados y los residentes o sus familiares.

Método	Programa Ombudsman de atención a largo plazo de Michigan: información de contacto
LLAME AL	866.485.9393, lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	15851 S. US 27, Suite 73 Lansing, MI 48906
SITIO WEB	mltcop.org/

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

El sitio web Medicare.gov (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) ofrece información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, existen también otros programas de asistencia que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

La mayoría de nuestros miembros califica y ya recibe la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos con receta.

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

Muchos Estados y las Islas Vírgenes de los EE. UU. ofrecen ayuda para pagar las recetas, las primas del plan de medicamentos y otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa de asistencia de medicamentos estatal (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), o en cualquier otro programa que ofrezca cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la “Ayuda Adicional”), seguirá recibiendo el descuento del 70% en los medicamentos de marca comercial cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca comercial en el período sin cobertura. El descuento del 70% y el 5% pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, que también se encuentran incluidos en el formulario del ADAP, reúnen los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de los medicamentos recetados a través del Programa de asistencia de medicamentos para el VIH/SIDA de Michigan (Michigan HIV/AIDS Drug Assistance Program, MIDAP). **Nota:** Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen un comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, por favor notifique al encargado de inscripción local del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 888.826.6565.

Programas de asistencia de medicamentos estatales

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

En Michigan, el Programa de asistencia de medicamentos estatales es el Programa de asistencia de medicamentos de Michigan (Michigan Drug Assistance Program, MIDAP).

Método	Programa de asistencia de medicamentos de Michigan (MIDAP): información de contacto
LLAME AL	888.826.6565 de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
ESCRIBA A	Michigan Department of Health and Human Services P.O. Box 30727 Lansing, MI 48909
SITIO WEB	https://www.michigan.gov/mdhhs/keep-mi-healthy/chronicdiseases/hivsti/michigan-drug-assistance-program

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

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

Método	Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m., los miércoles. Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

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

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

CAPÍTULO 3:

*Cómo utilizar el plan para obtener
servicios médicos y otros servicios
cubiertos*

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica y otros servicios médicos cubiertos como miembro de nuestro plan

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

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica u otros servicios médicos cubre nuestro plan, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto*).

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

- Los **proveedores** son los doctores y otros profesionales de atención médica autorizados por el Estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los doctores y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestros pagos como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2	Normas básicas para obtener la atención médica y otros servicios que cubre el plan
--------------------	---

Como un plan de salud de Medicare, **Priority**Medicare D-SNP debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y puede ofrecer otros servicios además de los que cubre Medicare Original (consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4, 2.1).

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

PriorityMedicare D-SNP cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinde y supervise su atención médica.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - Su PCP de la red puede recomendar a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren derivaciones de su PCP.
- **Usted debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, y no hay especialistas en nuestra red que puedan proveerla, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red si recibió la atención de un proveedor de la red. Se debe obtener una autorización previa de Priority Health Medicare antes de solicitar atención médica. Para obtener más información sobre cómo conseguir autorización para consultar a un doctor fuera de la red, remítase a la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor que le presta este servicio no se encuentre disponible temporalmente o no sea posible comunicarse con él. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no se encuentra disponible temporalmente, y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio a través de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios****Sección 2.1 Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención****¿Qué es un PCP y qué hace el PCP por usted?**

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

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

¿Cómo elige al PCP?

Puede buscar un PCP de la red en línea o comunicándose con el servicio de atención al cliente. Se puede buscar un PCP con la herramienta Find-a-Doctor (Buscar un doctor) en priorityhealth.com/dsnpplan24 y luego actualizarlo a través de su portal para miembros. Si ha sido aceptado como un paciente y no puede actualizar su PCP en línea, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más ayuda.

Cómo cambiar de PCP

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Para cambiar su PCP, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente o cambie de PCP en línea a través de su cuenta de miembro en priorityhealth.com/dsnpplan24. Encontrará una lista de PCP para elegir en nuestro sitio web priorityhealth.com/dsnpplan24. Si necesita una copia impresa de nuestra lista de PCP, o si necesita ayuda para elegir un PCP, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente. Cuando solicite cambiar su PCP, haremos el cambio inmediatamente.

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

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

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas antigripales, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B, vacunas contra la neumonía y algunas otras vacunas (como lo define Medicare).
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles, no es posible comunicarse con ellos temporalmente, o cuando el afiliado se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, si necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame Servicio de Atención al Cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera.

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

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

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.
- Puede pedirle a su PCP que le recomiende especialistas y otros proveedores de la red o puede buscarlos por su cuenta. Si no está seguro de si el proveedor participa en nuestro

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

plan, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento) o visite priorityhealth.com/dsnpplan24 y utilice nuestra herramienta de “Find a Doctor” (Buscar un doctor).

Se pueden aplicar los requisitos de autorización previa para algunos servicios. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para más detalles sobre los servicios que requieren autorización previa. Priority Health Medicare y otras entidades delegadas toman las decisiones de autorización previa. Para obtener una autorización previa, su proveedor debe comunicarse con Priority Health Medicare. Puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información sobre los requisitos de autorización previa y sobre cómo solicitar la autorización previa de un servicio.

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

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

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

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

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

Aquí le presentamos algunos datos importantes que se deben tener en cuenta al utilizar proveedores fuera de la red:

- El plan cubre la ambulancia, la atención de emergencia o urgencia que recibe de proveedores fuera de la red. No necesita la autorización previa del plan para recibir atención de emergencia fuera de la red, incluso si está en el área de servicio. Si tiene una emergencia, vaya al hospital más cercano. Tampoco necesita autorización previa para los servicios de atención de urgencia fuera de la red si está fuera del área de servicio o no está cerca de un centro de la red.
- El plan cubre servicios de diálisis renal cuando está fuera del área de servicio del plan durante un tiempo breve. Puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Si necesita atención que nuestros proveedores de la red no pueden proporcionarle, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. En la mayoría de los casos, debe recibir la autorización previa del plan antes de recibir atención de proveedores fuera de la red. Usted o su proveedor pueden hacer la solicitud. En esta situación, si recibe la aprobación previa del plan, cubriremos la atención como si la recibiera de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un proveedor fuera de la red, consulte al Servicio de Atención al Cliente.

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o deterioro grave de

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

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

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una derivación del PCP. No es necesario que recurra a un doctor de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o cobertura de emergencia o de urgencia en todo el mundo, y de cualquier proveedor que posea la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Apenas sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente en un plazo de 48 horas. Puede encontrar nuestro número de teléfono en el reverso de su tarjeta de membresía.

¿Qué cobertura tiene en caso de una emergencia médica?

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

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus doctores continuarán tratándolo hasta que sus doctores se pongan en contacto con nosotros y planifiquen una atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan. Su beneficio de la red se aplicaría a los cuidados agudos de seguimiento médicamente necesarios después de una urgencia o emergencia si dicha atención no puede demorarse sin efectos médicos adversos. Pagará el costo total del beneficio por los cuidados agudos de seguimiento después de una urgencia o emergencia si dicha atención no puede demorarse sin efectos médicos adversos y usted puede física y razonablemente regresar al área de servicio para recibir atención de los proveedores contratados. Si puede física y razonablemente regresar al área de servicio, pero elige permanecer fuera del área de servicio después del evento, no se cubrirán los cuidados que reciba y pagará el costo total de los servicios recibidos.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

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

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

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

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

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia pueden ser: i) un fuerte dolor de garganta que se produzca durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio.

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

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre**

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

Visite el siguiente sitio web: priorityhealth.com/dsnpplan24 para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?**Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos**

Si ha pagado por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?

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

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

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

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

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

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

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Nuestro plan también cubre algunos estudios de investigación clínica. Para estos estudios, debemos aprobar su participación. La participación en el estudio de investigación clínica también es voluntaria.

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

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

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

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

Una vez que Medicare haya pagado la parte que le corresponde pagar por estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Al igual que para todos los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

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

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

¿Desea obtener más información?

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica****Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?**

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

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

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

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

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

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

Consulte la tabla de beneficios en la Sección 2.1 del Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos*, en Atención hospitalaria para obtener información sobre el costo compartido. Cuenta con una cantidad ilimitada de días de hospitalización para este beneficio.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero****Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?**

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

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de realizar el copago del artículo durante 13 meses. Como miembro de **Priority**Medicare D-SNP, sin embargo, puede adquirir la propiedad de ciertos artículos de equipo médico duradero alquilados mientras es miembro de nuestro plan después de 13 pagos consecutivos. Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.

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

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

Ejemplo 1: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que haya realizado en Medicare Original no se tienen en cuenta.

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento**¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?**

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, **Priority**Medicare D-SNP los cubrirá:

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

Si abandona **Priority**Medicare D-SNP o el equipo de oxígeno ya no constituye una necesidad médica, deberá devolverlo.

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

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

CAPÍTULO 4:

*Tabla de Beneficios Médicos (lo que
está cubierto)*

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

Este capítulo incluye una Tabla de Beneficios Médicos que enumera los servicios cubiertos como miembro de **Priority**Medicare D-SNP. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos o sobre los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 No paga nada por sus servicios cubiertos
--

Debido a que recibe asistencia del programa Medicaid de Michigan, no paga nada por los servicios cubiertos siempre que siga las normas del plan para obtener atención. (Para obtener más información sobre las normas del plan para recibir atención, consulte el Capítulo 3).

Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Nota: Debido a que usted también recibe asistencia del programa Medicaid de Michigan, no alcanzará este máximo que paga de su bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo cuando recibe beneficios completos de Medicaid.

Si pierde su elegibilidad para Medicaid y entra en el período de gracia de seis meses, usted es responsable del costo compartido de sus beneficios como si estuviera en Medicare Original. Lo máximo que deberá pagar de su bolsillo por los servicios del plan en el año calendario 2024 son \$8,500. Lo que usted paga por estos beneficios (copagos o coseguro) por los servicios cubiertos se tiene en cuenta para esta cantidad máxima que paga de su bolsillo.

Las cantidades que paga por su multa por inscripción tardía de la Parte D (si corresponde) y los medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Además, algunos servicios no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si llega a la cantidad máxima que paga de su bolsillo de \$8,500, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos del plan. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que el programa Medicaid de Michigan o un tercero pague su prima de la Parte B).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de Beneficios Médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan
--

En las siguientes páginas, la Tabla de Beneficios Médicos enumera los servicios que **Priority**Medicare D-SNP cubre. 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 prestarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, salvo que se trate de una atención de urgencia o emergencia o que su proveedor le haya dado una derivación. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos *solo* si su doctor o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado se mencionan en la “*Tabla de referencia de autorización previa*” a continuación y están marcados con un símbolo de verificación y una nota al pie en la Tabla de Beneficios Médicos.

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

TABLA DE REFERENCIA DE AUTORIZACIÓN PREVIA	
Se requiere autorización previa para lo siguiente:	Busque este servicio en la Tabla de Beneficios Médicos que figura a continuación para obtener más detalles:
Blefaroplastia	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Bombas de infusión (implantable)	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Bombas de insulina	Equipo médico duradero (DME)
Cirugía bariátrica	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Cirugía cosmética y reconstructiva	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Cirugía de confirmación de género	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Cirugía y evaluación de trasplante (excepto los trasplante de córnea)	Atención hospitalaria para pacientes internados Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Disco intervertebral artificial	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Dispositivos cardíacos implantados	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos Servicios de doctores o profesionales (especialista)
Estimulación magnética transcraneal	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos Servicios de doctores o profesionales (especialista)
Estimuladores	Equipo médico duradero (DME)
Estimuladores (implantados)	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Estudios de cardiología nuclear	Servicios terapéuticos/de pruebas de diagnóstico para pacientes externos
Estudios del sueño (excepto a domicilio)	Servicios terapéuticos/de pruebas de diagnóstico para pacientes externos
Evaluaciones de trasplantes (excepto las evaluaciones de trasplantes de córnea)	Servicios de doctores o profesionales (especialista)
Imagen de resonancia magnética (IRM)	Servicios terapéuticos/de pruebas de diagnóstico para pacientes externos
Implantes cocleares	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Ingresos a centros de enfermería especializada	Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)

TABLA DE REFERENCIA DE AUTORIZACIÓN PREVIA	
Se requiere autorización previa para lo siguiente:	Busque este servicio en la Tabla de Beneficios Médicos que figura a continuación para obtener más detalles:
Ingresos de atención de salud mental para pacientes internados (electivos)	Atención de salud mental para pacientes internados
Medicamentos inyectables	Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare
Monitores de glucosa continuos (continuous glucose monitors, CGM)	Equipo médico duradero (DME)
Procedimientos cardíacos transcatéter	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Procedimientos oncológicos por radiación (como radioterapia de intensidad modulada [intensity-modulated radiation therapy, IMRT], radioterapia por neutrones [neutron beam radiotherapy, NBRT], radioterapia por protones [proton beam radiotherapy, PBRT], radiocirugía estereotáctica [stereotactic radiosurgery, SRS], radioterapia corporal estereotáctica [stereotactic body radiation therapy, SBRT], entre otros)	Hospital para pacientes externos
Procedimientos ortopédicos (como artroplastias articulares, artroscopias articulares, laminectomías y procedimientos de descompresión relacionados, reparaciones de hombro, fusiones vertebrales y procedimientos relacionados, entre otros)	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos Servicios de doctores o profesionales (especialista)
Prostatectomía radical	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Prótesis y órtesis que cuestan más de \$1,000	Prótesis
Servicios de atención médica a domicilio	Atención médica a domicilio
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos	Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos
Servicios de infusión a domicilio	Servicios de infusión a domicilio
Servicios dentales (cubiertos por Medicare)	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos Servicios de doctores o profesionales (especialista)
Servicios experimentales o de investigación	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos
Termoplastia bronquial	Hospital para pacientes externos Cirugía para pacientes externos

TABLA DE REFERENCIA DE AUTORIZACIÓN PREVIA	
Se requiere autorización previa para lo siguiente:	Busque este servicio en la Tabla de Beneficios Médicos que figura a continuación para obtener más detalles:
Tomografía computada	Servicios terapéuticos/de pruebas de diagnóstico para pacientes externos
Tomografía por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET)	Servicios terapéuticos/de pruebas de diagnóstico para pacientes externos
Transporte aéreo de ala fija	Ambulancia

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare el programa Medicaid de Michigan. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. El programa Medicaid de Michigan cubre su costo compartido por los servicios de Medicare, incluye deducibles, copagos y coseguro. El programa Medicaid de Michigan también cubre servicios que Medicare no cubre, como la atención a largo plazo.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare & You 2024* [Medicare y Usted 2024]. Consúltelo en línea, en www.medicare.gov, o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se lo trata o controla por una afección existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un costo compartido por la atención recibida por la afección existente. Solo será responsable de este costo compartido si ha perdido su elegibilidad de Medicaid y se encuentra en el período de gracia de seis meses.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra en nuestro período de seis meses de supuesta elegibilidad continua, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan de Medicare Advantage. No obstante, en este período, no pagaremos las primas de Medicare ni el costo compartido que sería responsabilidad del Estado si usted no hubiera perdido la elegibilidad para Medicaid.
- Puede ver una lista de los beneficios estatales de Medicaid en nuestro Resumen de beneficios, que se encuentra en nuestro sitio web priorityhealth.com/dsnpplan24. Si no está seguro de cuál es su nivel de costo compartido de Medicaid, debe ponerse en contacto con la agencia estatal de Medicaid en los números de teléfono que figuran en el Capítulo 2 de este documento.

No paga nada por los servicios que figuran en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para todas las personas inscritas que participan en servicios de bienestar y Planificación de la atención médica (WHP)

- Debido a que Medicare D-SNP participa en un programa de Diseño de Seguro Basado en el Valor, será elegible para los siguientes servicios WHP, incluso los servicios de Planificación Anticipada para los Cuidados de Salud (ACP):
 - Qué es y por qué es importante:
 - Sus valores, preferencias y creencias personales deben guiar siempre las decisiones sobre su tratamiento médico. Sin embargo, un accidente o una enfermedad repentinos podrían impedir que comunique esos deseos.
 - Si planifica con antelación, puede guiar las decisiones futuras de atención médica, incluso si no puede hablar por usted mismo. Pensar a consciencia y documentar sus deseos en un Plan Anticipado para los Cuidados de Salud puede minimizar la confusión, la incertidumbre y darles tranquilidad de conciencia a sus seres queridos.
 - Cómo podemos ayudar:
 - Visite priorityhealth.com/ACP para obtener más información sobre la Planificación Anticipada para los Cuidados de Salud, recursos y más.
 - Llame al Servicio de Atención al Cliente al 833.939.0983 para solicitar que se le envíe un paquete por correo.
 - Comuníquese con su administrador de atención para obtener ayuda para completar su ACP o si necesita más asistencia. Su administrador de atención se comunicará con usted cuando se complete su evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA). Si desea ponerse en contacto antes, llame al 833.939.0983 y pulse la opción 3.
 - Estos servicios son voluntarios, y usted es libre de rechazar los servicios de WHP y ACP en cualquier momento.

Información importante sobre beneficios para los afiliados que califican para la “Ayuda Adicional”:

- Si recibe la “Ayuda Adicional” para pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro, puede ser elegible para otros beneficios complementarios personalizados o costo compartido reducido personalizado.
- Para obtener más información, consulte el beneficio PriorityFlex en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4.
- Los miembros califican para la eliminación de su costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Para obtener más detalles, consulte los Capítulos 5 y 6.



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



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

- ✓ Verá esta marca cuando un beneficio requiera una autorización previa.
- * Verá un asterisco en los servicios que no se aplican a la cantidad máxima que paga de su bolsillo de la red.

Tabla de beneficios médicos

Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original. **Nota: Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio.**

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo, una vez en la vida. El plan cubriría pruebas de detección adicionales, si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de parte de su doctor, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
 Abridge* Abridge es una aplicación para teléfonos inteligentes que graba conversaciones médicas de forma segura durante las citas de los pacientes. Una vez que la grabación está completa, la aplicación Abridge transcribirá la conversación y extraerá la información clave (resurtidos de medicamentos con receta, citas de seguimiento, etc.). La aplicación también les permite a los miembros compartir las transcripciones con cuidadores o familiares si lo desean. Para empezar a utilizar Abridge, descargue la aplicación en abridgeapp.com/priority en su dispositivo móvil o tableta. Comuníquese con Abridge para obtener más información escribiendo a prioritysupport@abridge.com .	\$0 por servicios de Abridge.*

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente: Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 servicios en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.	\$0 por cada servicio de acupuntura cubierto por Medicare. \$0 por cada consulta de acupuntura de rutina, hasta 6 consultas cada año.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (<i>continuación</i>) Requisitos para proveedores: Los doctores (según la definición en la Sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), los enfermeros profesionales (Nurse Practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (como se identifican en la Sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • Un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un Estado, Territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un doctor, un asistente médico (PA) o un enfermero profesional/especialista en enfermería clínica (NP/CNS), tal y como exigen nuestras normas en el Título 42, Secciones 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).  Consultas de acupuntura de rutina no cubiertas por Medicare: Consultas de acupuntura de rutina (hasta 6 consultas) para otras afecciones, como dolores de cabeza, ansiedad, problemas de sueño, artrosis, efectos secundarios de la quimioterapia y trastornos respiratorios, entre otros.	

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Vacunas y sueros antialérgicos Tiene cobertura para las vacunas antialérgicas y el suero de la Parte B de Medicare (antígeno) cuando sea médicamente necesario. Se puede aplicar un copago/coseguro para especialistas, consulte “Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas al consultorio del doctor”. Nota: Para las pruebas de alergia cubiertas por Medicare, consulte “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos”.	\$0 para cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare que se obtiene en el consultorio de un proveedor.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, para una emergencia o una situación que no es de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención solo si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.  Cubrimos los servicios de ambulancia que no sean un transporte a un centro si se encuentra estable en su hogar u otro lugar. Este servicio no está cubierto fuera de los EE. UU. y sus territorios.  Los servicios de ambulancia de emergencia prestados fuera de los EE. UU. y sus territorios están cubiertos cuando se proporcionan en relación con un transporte de emergencia. Se realiza un pago para los servicios de ambulancia necesarios que cumplen con otros requisitos de cobertura del programa Medicare y que se prestan en relación con un centro emergencia. ✓ <i>Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 51 para obtener más información.</i>	\$0 por cada transporte en ambulancia sencillo cubierto por Medicare. \$0 por cada estabilización en ambulancia no cubierta por Medicare cuando no haya transporte.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Examen físico preventivo anual Cubrimos un examen físico preventivo anual. El examen incluye la medición de la estatura, el peso, el índice de masa corporal, la presión arterial, la prueba de agudeza visual y otras mediciones de rutina. El examen físico preventivo anual NO incluye análisis de sangre ni vacunas. Consulte “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos” y “Vacunas” para conocer el costo compartido.	\$0 por un examen físico preventivo anual.
 Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores de riesgo y salud actuales. Además, tiene la opción de analizar la planificación anticipada para los cuidados de salud. Esto se cubre una por año calendario. La consulta anual de bienestar NO incluye análisis de sangre ni vacunas. Consulte “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos” y “Vacunas” para conocer el costo compartido. Nota: Su primera Consulta anual de bienestar no puede ser dentro de los 12 meses posteriores a su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las Consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, son personas en riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del doctor.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos



BrainHQ*

BrainHQ™ es un programa de salud cerebral en línea basado en evidencias para tratar la salud general del cerebro. El cerebro está en el centro de todo lo que hace, de modo que entrenarlo puede mejorar muchos aspectos de la vida. BrainHQ tiene muchos ejercicios que, según se demostró en más de 100 publicaciones científicas, ayudan a pensar más rápido, a concentrarse mejor y a recordar más.

Como sede central en línea para ejercitar el cerebro, puede ejercitar la memoria, la atención, la velocidad cerebral, las habilidades sociales, la inteligencia y la orientación. Al igual que el cuerpo necesita cuidados y ejercicio en el transcurso de la vida, el cerebro también los requiere, especialmente a medida que envejecemos. BrainHQ se adapta a las necesidades específicas de su cerebro con el paso del tiempo; ofrece los mejores ejercicios al ritmo que su cerebro necesita para estar en pleno rendimiento.

Puede utilizar BrainHQ prácticamente en cualquier computadora o dispositivo móvil, por lo que puede llevárselo a todas partes. Lleva menos de cinco minutos hacer cada nivel de BrainHQ, por lo que puede utilizarlo en plazos breves o en bloques largos, dependiendo de su disponibilidad. Puede establecer objetivos de entrenamiento personales y hacer que BrainHQ le envíe recordatorios de entrenamiento cuando lo desee.

Los miembros de BrainHQ reciben asistencia personalizada para empezar, acceso a un boletín mensual sobre salud cerebral e invitaciones a BrainHQ Academy, una serie de seminarios web en vivo sobre temas de actualidad relacionados con la salud cerebral.

Los miembros pueden registrarse en BrainHQ en priority.brainhq.com o llamando al 877.573.9059.

Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios

\$0 por BrainHQ.*

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial para mujeres entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas para mujeres una vez cada 24 meses. Una mamografía de detección de cáncer de mama (2D o 3D) se realiza cuando usted no presenta signos ni síntomas (asintomática) de enfermedad mamaria. Una mamografía de diagnóstico se realiza cuando se tienen signos o síntomas de enfermedad mamaria, antecedentes personales de cáncer de mama o antecedentes personales de enfermedad mamaria benigna comprobada mediante biopsia. Si le extirpan un bulto y lo envían al laboratorio para que lo analicen, se considera diagnóstico, independientemente de si se hace una mamografía de detección o una mamografía de diagnóstico. Consulte “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos”.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del doctor. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	\$0 por cada servicio de rehabilitación y servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta al año con su doctor de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su doctor puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
 Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere 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 lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Pruebas del virus del papiloma humano (VPH) (como parte de una prueba de Papanicolaou), una cada 5 años si tiene entre 30 y 65 años y es asintomática.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los servicios cubiertos por Medicare incluyen la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. Las consultas al consultorio y las radiografías relacionadas con un servicio cubierto por Medicare no están cubiertas.  Las consultas de rutina no cubiertas por Medicare pueden utilizarse para afecciones que incluyen, entre otras, dolor de espalda, dolor de cuello y dolores de cabeza.	\$0 por cada servicio cubierto por Medicare. \$0 por cada consulta de rutina no cubierta por Medicare, hasta 24 consultas cada año. \$0 por servicios de radiografía de rutina no cubiertos por Medicare realizados por un quiropráctico, una vez al año

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Nota: Una prueba se puede convertir en un diagnóstico en la misma consulta. Esto se explica al final de este beneficio. Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema de bario previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un alto riesgo después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes mayores de 45 años. Una cada 12 meses. • Prueba multidirigida de ADN en heces fecales para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una cada 3 años. • El enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, excepto para los enemas de bario, para el cual se aplica el coseguro. Si su doctor encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios



Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)

- El enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no presenten un alto riesgo y sean mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección.
- Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal en heces no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.

Una colonoscopia de detección es un procedimiento para detectar pólipos en el colon, cáncer u otras afecciones colorrectales en personas que no presentan signos ni síntomas. Una colonoscopia de detección puede convertirse en una colonoscopia de diagnóstico durante el procedimiento en sí; si eso sucede, consulte “Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios” o “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos” para conocer el costo compartido.

Una **colonoscopia de diagnóstico** se realiza para explicar los síntomas identificados por su doctor (por ejemplo, sangre en las heces, cambios en las deposiciones, deficiencia de hierro por anemia, dolor abdominal persistente, etc.), debido a que se ha sometido a una colonoscopia previa que dio lugar a la extirpación de pólipos u otras afecciones colorrectales relacionadas.

Si su doctor indica una colonoscopia de diagnóstico, consulte “Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios” o “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos” para conocer el costo compartido.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales Servicios dentales cubiertos por Medicare: En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integrante del tratamiento específico de una afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecte a la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón. Además, cubrimos lo siguiente:	\$0 por procedimientos quirúrgicos cubiertos por Medicare realizados por un doctor o profesional en el consultorio de un proveedor. \$0 por cada consulta cubierta por Medicare con un especialista. \$0 por cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio o un centro hospitalario para pacientes externos cubierta por Medicare.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Servicios dentales no cubiertos por Medicare:* Los odontólogos de la red (participantes) son los que pertenecen a la red Medicare Advantage PPO de Delta Dental. Puede buscar odontólogos participantes si llama al 800.330.2732 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 8:00 p. m., o buscar en línea en deltadentalmi.com/Find-a-Dentist. Al acceder al Directorio de odontólogos en línea de Delta Dental, debe seleccionar el enlace denominado Medicare Advantage PPO de Delta Dental. Para obtener información adicional sobre sus beneficios dentales no cubiertos por Medicare, consulte el Apéndice al final de este documento.	\$0 por dos exámenes preventivos al año.* \$0 por dos limpiezas (mantenimiento regular o periodontal) al año.* \$0 por dos limpiezas de mantenimiento periodontal adicionales (cuatro en total cada año).* \$0 por un conjunto (hasta 4 imágenes en una sola consulta) de rayos X de molares al año.* \$0 por una biopsia por cepillado al año.* \$0 por radiografías periapicales, según sea necesario. \$0 por radiografías (radiografías de boca completa, periapicales, panorámicas), una vez cada 24 meses.* \$0 por un tratamiento con fluoruro al año.* \$0 por procedimientos periodontales sin cirugía (raspado y alisado radicular) por cuadrante cada 24 meses consecutivos.*

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Servicios dentales no cubiertos por Medicare (continuación):*	\$0 por servicios de restauración menores, incluidos los empastes (uno por diente, cada 24 meses) y las reparaciones de corona (una por diente, cada 12 meses).* \$0 por extracciones de dientes simples y quirúrgicas (una vez por diente, de por vida).* \$0 por dentaduras y reparaciones de puente (una vez cada 5 años).* \$0 por rebasados y reparaciones de puentes y dentaduras (una vez cada 36 meses, por aparato).* \$0 por anestesia (sin límite) cuando se utiliza durante los procedimientos dentales que califican.* Cantidad máxima anual de \$2,500 para todos los servicios dentales cubiertos.* *Estos servicios dentales no se aplican a su deducible ni a su máximo de gastos de bolsillo.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión al año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar derivaciones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden estar cubiertos si usted cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, usted puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

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

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (<i>continuación</i>)	Recomendamos que obtenga los suministros para la diabetes a través de un proveedor de DME participante para lograr una coordinación fluida de sus beneficios de Medicare y Medicaid. Nuestra farmacia de pedido por correo preferida, Express Scripts, no tiene la capacidad de coordinar los beneficios con Medicare y Medicaid, por lo que es posible que deba trabajar con su plan de Medicaid para que se haga cargo los saldos restantes.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, encontrará una definición de “equipo médico duradero”). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, andadores, muletas, sistemas de colchones eléctricos, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión, dispositivos de compresión neumática, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores, bombas para tratar heridas, suministros para cuidado de heridas, suministros para la diabetes, bombas de insulina, monitores de glucosa continuos (CGM), bomba, alimentación y suministros enterales. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más actualizada de proveedores también está disponible en nuestro sitio web priorityhealth.com/dsnpplan24.	\$0 por equipo y suministros cubiertos por Medicare. Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es el costo que paga por el equipo médico duradero, cada mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Se le seguirá cobrando un costo compartido por el oxígeno, pero no por el alquiler de la máquina.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) También seguimos las normas de Medicare relacionadas con los criterios de cobertura de los artículos o suministros cubiertos por Medicare. Para algunos equipos, Medicare exige una cierta cantidad de uso para continuar con el alquiler (por ejemplo, CPAP, etc.). Si no cumple los requisitos de uso de Medicare, es posible que no pueda continuar con el alquiler de este dispositivo. Debe obtener el DME y los suministros relacionados de un proveedor de DME autorizado. Consulte la Sección 7.2 del Capítulo 3 para obtener más información sobre el equipo de oxígeno. ✓ <i>Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 51 para obtener más información.</i>	Si antes de inscribirse en PriorityMedicare D-SNP pagó 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en PriorityMedicare D-SNP es el costo que paga por su equipo médico duradero.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son prestados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una “emergencia médica” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se prestan fuera de la red son iguales que para los mismos servicios que se prestan dentro de la red. Para obtener información sobre la observación, consulte “Observación hospitalaria para pacientes externos”.  Tiene cobertura de atención de emergencia en los Estados Unidos y en todo el mundo. Nota: Si recibe medicamentos de autoadministración cubiertos por Medicare de la Parte D en un entorno de atención de emergencia, pueden estar cubiertos en su beneficio de medicamentos con receta de este plan. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información sobre qué ocurre cuando obtiene un medicamento de la Parte D en un entorno médico.	\$0 por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare. No paga esta cantidad si se ingresa en el hospital en el plazo de 24 horas por la misma afección.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Control de enfermedades mejorado Nuestra gestión del cuidado ayuda a los miembros a encontrar recursos y programas comunitarios para lograr el máximo funcionamiento físico o mental cuando se identifican con los siguientes casos que necesitan un control de enfermedades mejorado: • Afecciones crónicas que necesitan un control de enfermedades mejorado. • Hospitalización por una complicación de una afección o enfermedad y que se identifican con un riesgo moderado a alto para un reingreso. • Alta de un centro psiquiátrico para pacientes internados por una afección de salud conductual. • Patrones de consumo elevado de opioides. • Enfermedad renal crónica • Etapas avanzadas de un estado de una enfermedad crónica. (Insuficiencia cardíaca congestiva crónica [ICC], enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], oncología, diabetes, enfermedad renal crónica [ERC])	\$0 por estos servicios.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Programas educativos sobre salud y bienestar  Estos programas se centran en afecciones de salud como EPOC, CHF, diabetes y enfermedad renal. Se brinda apoyo físico y mental/conductual para garantizar que los miembros estén conectados con las ofertas de programas/beneficios adecuados: • Abridge* • BrainHQ* • Control de enfermedades mejorado • Acondicionamiento físico (SilverSneakers®)* • Educación de la salud* • Evaluación de seguridad en el hogar • Educación nutricional • Sistema de respuesta de emergencia personal (Personal Emergency Response System, PERS) • Conciliación de medicamentos a domicilio después del alta • Televigilancia Para obtener más información, consulte el programa individual mencionado en esta Tabla de Beneficios Médicos.	\$0 por estos servicios.
 Educación de la salud* Educación de la salud incluye: • Acceso a Teledoc Health Mental Health (anteriormente conocido como myStrength) para obtener apoyo emocional en línea en momentos difíciles. Inscribese para obtener una cuenta que incluye actividades interactivas, herramientas de afrontamiento y otros recursos, como habilidades prácticas y apoyo comunitario inspirador en priorityhealth.com/mentalhealth.	\$0 por estos servicios.*

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Educación de la salud*(<i>continuación</i>) Educación de la salud incluye: • ThinkHealth: su recurso en línea para obtener consejos sobre una vida sana, información sobre tendencias en atención médica y educación sobre seguros médicos, visite thinkhealth.priorityhealth.com. • Comunicaciones para ayudarle a entender los beneficios de su plan y obtener la atención que necesita. • Programas para ayudarle a prevenir o tratar sus afecciones. • Acceso a un centro en línea personalizado con información y herramientas adaptadas a sus necesidades específicas de salud y bienestar físico, mental y económico. Puede alcanzar sus objetivos de salud con una experiencia divertida y atractiva que le ofrece recursos importantes al alcance de la mano.	

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios auditivos Servicios auditivos cubiertos por Medicare: Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las hace un doctor, un audiólogo u otro proveedor calificado. Servicios auditivos de rutina no cubiertos por Medicare:* Un examen auditivo de rutina y hasta dos audífonos de TruHearing cada año (uno por oído y año). El beneficio se limita a los audífonos “Advanced” de TruHearing, que se ofrecen en varios estilos y colores y están disponibles en la opción recargables por un costo adicional de \$50 por audífono. La compra de audífonos incluye lo siguiente: • Consultas de seguimiento al proveedor durante el primer año • Período de prueba de 60 días • Garantía extendida de 3 años • 80 pilas por audífono para los modelos no recargables • Moldes para orejas	\$0 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare con un proveedor de atención primaria. \$0 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare con un especialista. <u>Servicios cubiertos con un proveedor de TruHearing:</u> \$0 por un examen auditivo de rutina al año.* \$0 por audífono para Advanced, uno por oído al año.*

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios auditivos (<i>continuación</i>) El beneficio no incluye ni cubre nada de lo siguiente: • Accesorios para audífonos • Consultas al proveedor adicionales • Pilas adicionales, pilas cuando se compra un audífono recargable • Audífonos de venta libre (OTC) • Audífonos que no son audífonos “Advanced” de la marca TruHearing • Costos relacionados con las reclamaciones de garantía por pérdida y daños Para acceder a sus beneficios, primero debe comunicarse con TruHearing para programar una cita con un proveedor de TruHearing. Simplemente llame al 833.714.5355 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Para obtener información adicional sobre sus beneficios de TruHearing, consulte el Apéndice al final de este documento.	
 Prueba de detección de la hepatitis C Medicare cubre una prueba de detección una sola vez si cumple una o varias de estas condiciones y si se la indica su doctor: • Está en alto riesgo por consumir o haber consumido drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. • Si tiene un alto riesgo, Medicare cubre las pruebas de detección anuales.	No se requiere un copago para los miembros elegibles para las pruebas de detección preventivas de hepatitis C cubiertas por Medicare.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que corren un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un doctor debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le preste estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se cubran en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Servicios médicos y sociales. • Equipo médico y suministros (incluye suministros personalizados utilizados en pequeñas cantidades durante el transcurso de la atención médica a domicilio). Nota: Los suministros médicos indicados por un doctor, como DME, no están cubiertos por el beneficio de atención médica a domicilio. Consulte “Equipo médico duradero y suministros relacionados” para obtener más detalles. ✓ <i>Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 51 para obtener más información.</i>	\$0 por cada servicio cubierto por Medicare.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de infusión a domicilio Los servicios de infusión a domicilio implican la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión a domicilio son el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, entre ellos, servicios de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación del paciente que no se cubran de otro modo según el beneficio de equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para la prestación del tratamiento de infusión a domicilio y el suministro de medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de tratamiento de infusión a domicilio. El beneficio incluye los suministros o servicios relacionados con los medicamentos de infusión a domicilio. Solo los medicamentos que figuran en el formulario con la designación “HI” están cubiertos por este beneficio de servicios de infusión a domicilio. Se aplicará el costo compartido en todos los demás medicamentos administrados a domicilio; consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”. ✓ <i>Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 51 para obtener más información.</i>	\$0 por suministros, servicios y medicamentos para la infusión a domicilio.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su doctor y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Usted puede recibir atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas certificados por Medicare en hospicios que se encuentren en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que son propios de la organización MA, controlados por ella o en los que tiene un interés financiero. El doctor del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Atención de alivio a corto plazo • Atención a domicilio <u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios en el hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original cubra. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original. <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal:</u> si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y cumple con las normas del plan (tal como en el caso que se requiera obtener una autorización previa).	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Medicare Original paga los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal, no PriorityMedicare D-SNP. \$0 por una consulta inicial sobre atención en un hospicio cubierta por Medicare.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (<i>continuación</i>) • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, y cumple con las normas del plan para obtener dichos servicios, solo pagará la cantidad del costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Medicare Original). <u>Para los servicios que están cubiertos por PriorityMedicare D-SNP, pero no por la Parte A o B de Medicare:</u> PriorityMedicare D-SNP seguirá cubriendo los servicios del plan que no estén cubiertos en la Parte A ni la Parte B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga la cantidad del costo compartido de su plan por estos servicios. <u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> si estos medicamentos no están relacionados con su condición de enfermo terminal en un hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de enfermo terminal en un hospicio, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>). Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta inicial de atención en un hospicio para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.	

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Vacunas Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare son los siguientes: • Vacuna contra la neumonía (2 de por vida) • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra el COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si las vacunas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare (consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” para conocer el costo compartido). También cubrimos algunas vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D. 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 están indicadas con una “v” en el <i>Directorio de Proveedores/Farmacias</i>. Es posible que se aplique el costo compartido de la Parte D; sin embargo, cubrimos ciertas vacunas (definidas por Medicare) en el marco de nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D sin costo alguno para usted. Algunos ejemplos de vacunas de rutina cubiertas por nuestro beneficio de la Parte D son la vacuna contra el herpes zóster (Zoster/Shingrix) y el tétano (Td/Tdap). Cuando una vacuna cubierta por Medicare de la Parte D se recibe en el consultorio de un proveedor o en un entorno para pacientes externos, usted le pagará el costo de la vacuna y la administración al proveedor. Le reembolsaremos los gastos según lo descrito en la Sección 8 del Capítulo 6.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Evaluación de seguridad en el hogar Un proveedor de atención médica realizará una evaluación de seguridad en el hogar si no califica para uno de los beneficios de atención médica a domicilio de Medicare Original. La evaluación se centrará tanto en los riesgos médicos y conductuales, por ejemplo, su riesgo de caídas o lesiones y cómo prevenirlas, como en identificar o modificar los riesgos domésticos en toda la vivienda.	\$0 por estos servicios.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del doctor. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.  No hay un límite en la cantidad de días cubiertos por el plan. El costo compartido de su hospitalización se aplicará cada vez que sea ingresado. Esto incluye el traslado de un centro a otro o dentro del mismo centro entre los niveles de atención. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de doctores. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación.	Por cada ingreso/hospitalización cubierto por Medicare, usted paga \$0 por cada hospitalización.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. Cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos (al igual que otros componentes de la sangre).  La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • En determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinos y múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del esquema de atención en la comunidad, usted puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si PriorityMedicare D-SNP presta servicios de trasplante en un lugar fuera del esquema de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige hacerse el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. Consulte el Capítulo 12 <i>Definiciones de palabras importantes</i>, “Cobertura de viaje del trasplante” para obtener más detalles sobre el reembolso.	

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen formalmente como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo o en observación. Si no está seguro de si es un paciente externo o en observación, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!)</i>. Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Se recomienda la educación prequirúrgica para los nuevos desfibriladores cardioversores implantables (implantable cardioverter defibrillators, ICD) con o sin estimulación biventricular, reemplazo de cadera total, reemplazo de rodilla total y cirugías en la columna vertebral. La educación es un programa interactivo en línea para que los miembros comprendan perfectamente sus procedimientos electivos, los riesgos y complicaciones, y lo que pueden hacer antes y después de la cirugía para obtener resultados óptimos. ✓ <i>Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 51 para obtener más información.</i>	

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Si tiene preguntas, llame a nuestro departamento de Salud conductual al 800.673.8043. ✓ <i>Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 51 para obtener más información.</i>	Por cada ingreso/hospitalización cubierto por Medicare, usted paga \$0.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para pacientes internados o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de doctores. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido adyacente), o una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funcione bien o que haya dejado de funcionar permanentemente, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. ✓ <i>Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 51 para obtener más información.</i>	\$0 por servicios cubiertos por Medicare recibidos en un centro para pacientes internados. \$0 por prótesis y suministros cubiertos por Medicare y recibidos en un centro para pacientes internados o proporcionados por un proveedor para pacientes externos cuando se implanten como parte de una cirugía. \$0 por todas las demás prótesis y suministros y DME cubiertos por Medicare y proporcionados por un proveedor para pacientes externos.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo indica su doctor. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con una orden de un doctor. El doctor debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar con el tratamiento el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) se cubrirán para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambios en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar
cuando obtiene estos
servicios

Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare

La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:

- Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe servicios de un doctor, un hospital para pacientes externos o un centro quirúrgico ambulatorio.
Nota: Para los medicamentos de infusión en el hogar aprobados, consulte **Servicios de infusión a domicilio** en esta *Tabla de Beneficios Médicos*.
- Insulina suministrada mediante un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria).
- Otros medicamentos que se administra con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan.
- Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia.

La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:

- Medicamentos inmunosupresores si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano.
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el doctor confirme que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.
- Antígenos.
- Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas.

Quimioterapia/radiación de la Parte B

\$0 para cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare.

Medicamentos de la Parte B obtenidos en el consultorio de un proveedor o en un entorno para pacientes externos

\$0 para cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare.

Medicamentos de la Parte B obtenidos en una farmacia/por pedido por correo

\$0 para cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. Puede haber un cargo por la administración de medicamentos de la Parte B.

La insulina administrada con un artículo de equipo médico duradero (como bombas de insulina o monitores de glucosa continuos [CGM]) tendrá un límite de \$35. Pagará el 20% hasta \$35 y nunca pagará más de \$35 por un suministro para un mes.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) Determinados medicamentos para diálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®], Darbepoetin Alfa o Retacrit[®]). Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de deficiencias inmunitarias primarias. Es posible que se requiera un tratamiento escalonado para los medicamentos de la Parte B. Mediante el siguiente enlace accederá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: priorityhealth.com/DrugInfo. Haga clic en Criterios de autorización previa de la Parte B de Medicare. También cubrimos algunas vacunas en virtud del beneficio para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D. Consulte la Lista de Medicamentos Cubiertos para obtener información sobre cómo se pueden cubrir los medicamentos de la Parte B frente a los de la Parte D en una farmacia minorista o de pedido por correo. Los medicamentos de la Parte B frente a los de la Parte D se indican con “B/D” en la columna “Notas” de la Lista de Medicamentos Cubiertos. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos recetados de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6. ✓ <i>Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 51 para obtener más información.</i>	

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Mom's Meals* Mom's Meals ofrece comidas a domicilio totalmente preparadas y nutritivas, creadas por chefs y dietistas matriculados. Estas comidas se personalizan para apoyar sus necesidades nutricionales y se entregan en su domicilio. Mom's Meals ofrece una variedad de menús específicos para cada afección: • Apoyo contra el cáncer • Apto para la diabetes • Bienestar general • Sin gluten • Apto para el corazón • Bajo en sodio • Puré • Apto para el sistema urinario • Vegetariano Luego del alta de una hospitalización, hospital psiquiátrico o centro de enfermería especializada (SNF), Mom's Meals se pondrá en contacto por teléfono en nombre de Priority Health Medicare. Si elige aceptar estas comidas, se le enviarán 28 comidas en dos entregas semanales de 14. Las comidas, junto con las instrucciones para calentarlas y la información nutricional, se le entregarán directamente a usted en una caja que puede pesar hasta 25 libras. Una vez en que las coloque en su refrigerador, las comidas durarán hasta dos semanas (esta caja tiene asas que le ayudarán a guardarla). Se debe iniciar dentro de los 30 días después de haber sido dado de alta.	\$0 por 28 comidas con entrega a domicilio, hasta cuatro veces al año, tras el alta de una hospitalización, de un hospital psiquiátrico o de un Centro de Enfermería Especializada (SNF).*

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Educación nutricional Un dietista que trabajará para prevenir y tratar enfermedades y promover un estilo de vida saludable al recomendar hábitos alimenticios sanos y se ocupará de la salud general de una persona a través de la dieta y la nutrición. Un nutricionista proporcionará un total de evaluaciones nutricionales individuales y grupales, asesoramiento y educación por teléfono o en persona, que incluirían: • Proporcionar materiales educativos sobre nutrición para fomentar la prevención, el control de enfermedades y una vida sana. • Aplicar teorías conductuales y de aprendizaje para adultos adecuadas a fin de desarrollar, presentar y educar a los miembros, proveedores y personal sobre temas de nutrición. • Trabajar estrechamente con el personal de gestión del cuidado, farmacia y otro personal de apoyo médico para ayudar a planificar la atención del miembro. • Participar como miembro de ICT cuando sea necesario. • Tener conocimiento de los últimos avances e investigaciones sobre diversos temas de salud y nutrición. • Actuar como recurso para los proveedores de Priority Health, las redes de salud y los socios comunitarios. Las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) o que se han sometido a un trasplante de riñón deben consultar “Terapia médica nutricional”.	\$0 por las consultas individuales y grupales con un nutricionista.
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento se cubre si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o doctor de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con un trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura para servicios de tratamiento del OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento asistido con medicamentos (Medically-Assisted Treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas Consulte “Atención virtual” en esta Tabla de Beneficios Médicos para obtener información sobre qué servicios virtuales de tratamiento de opioides están cubiertos.	\$0 por servicios de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio.	Radiografías y ecografías \$0 por día, por proveedor, por servicios de radiografía y ecografía cubiertos por Medicare. Suministros médicos \$0 por suministros quirúrgicos, entablillados, yesos y otros dispositivos cubiertos por Medicare.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (<i>continuación</i>) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Patología. • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los suministros y materiales de los técnicos. También se aplicará un copago/coseguro diario por especialista para la administración de la radioterapia. Pueden aplicarse otros copagos/coseguros por radiación. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos (por ejemplo; pruebas de alergias, pruebas genéticas, estudios del sueño) • Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, resonancia magnética, tomografía computada) • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. Cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos (al igual que otros componentes de la sangre).  La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite. ✓ <i>Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 51 para obtener más información.</i>	Radioterapia \$0 por día, por proveedor, por servicios de radioterapia cubiertos por Medicare. Servicios hematológicos \$0 por los servicios cubiertos por Medicare. Análisis \$0 por día, por proveedor, por servicios de análisis de laboratorio cubiertos por Medicare. Patología \$0 por día, por proveedor, por servicios de patología cubiertos por Medicare. Procedimientos y pruebas de diagnóstico \$0 por día, por proveedor, para procedimientos y pruebas de diagnóstico. Radiología de diagnóstico \$0 por proveedor, por día, por servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando se prestan a partir de la orden de un doctor o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos para el personal del hospital para ingresar a pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!)</i>. Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Nota: Si recibe medicamentos de autoadministración cubiertos por Medicare de la Parte D en un entorno para pacientes externos, pueden estar cubiertos en su beneficio de medicamentos con receta de este plan. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información sobre qué ocurre cuando obtiene un medicamento de la Parte D en un entorno médico.	\$0 por servicios de observación cubiertos por Medicare, incluidos todos los servicios recibidos.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, las siguientes opciones y se puede aplicar un costo compartido: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un doctor certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. • Servicios de cuidados de heridas. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo o en observación. Si no está seguro de si es un paciente externo o en observación, consulte con el personal del hospital.	\$0 por cada consulta en un centro hospitalario para pacientes externos cubierta por Medicare.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask! (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!)</i>. Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Nota: Si recibe medicamentos de autoadministración cubiertos por Medicare de la Parte D en un entorno para pacientes externos, pueden estar cubiertos en su beneficio de medicamentos con receta de este plan. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información sobre qué ocurre cuando obtiene un medicamento de la Parte D en un entorno médico. ✓ <i>Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 51 para obtener más información.</i>	

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o doctor autorizado por el Estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional matriculado (licensed professional counselor, LPC), terapeuta de matrimonio y familia matriculado (licensed marriage and family therapist, LMFT), enfermero practicante (nurse practitioner, NP), asistente médico (physician assistant, PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. Nota: Si recibe medicamentos de autoadministración cubiertos por Medicare de la Parte D en un entorno para pacientes externos, pueden estar cubiertos en su beneficio de medicamentos con receta de este plan. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información sobre qué ocurre cuando obtiene un medicamento de la Parte D en un entorno médico. Consulte “Atención virtual” en esta Tabla de Beneficios Médicos para obtener información sobre qué servicios están cubiertos.	\$0 por cada consulta individual cubierta por Medicare. \$0 por cada consulta grupal cubierta por Medicare.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se prestan en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	\$0 por día para los servicios de fisioterapia cubiertos por Medicare. \$0 por día para los servicios de terapia ocupacional cubiertos por Medicare. \$0 por día para los servicios de terapia del habla cubiertos por Medicare.
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos Los servicios médicamente necesarios para tratar el abuso de alcohol o drogas están cubiertos cuando se proporcionan en un entorno para pacientes externos (es decir, el consultorio de un proveedor, una clínica o un departamento hospitalario para pacientes externos). Nota: Si recibe medicamentos de autoadministración cubiertos por Medicare de la Parte D en un entorno para pacientes externos, pueden estar cubiertos en su beneficio de medicamentos con receta de este plan. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información sobre qué ocurre cuando obtiene un medicamento de la Parte D en un entorno médico.	\$0 por cada consulta individual cubierta por Medicare. \$0 por cada consulta grupal cubierta por Medicare.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cirugía para pacientes externos <i>incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</i> Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si lo considerarán un paciente internado o externo. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido por cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo o en observación. Si no está seguro de si es un paciente externo o en observación, consulte con el personal del hospital. Nota: Si recibe medicamentos de autoadministración cubiertos por Medicare de la Parte D en un entorno para pacientes externos, pueden estar cubiertos en su beneficio de medicamentos con receta de este plan. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información sobre qué ocurre cuando obtiene un medicamento de la Parte D en un entorno médico. Se recomienda la educación prequirúrgica para los nuevos desfibriladores cardioversores implantables (implantable cardioverter defibrillators, ICD) con o sin estimulación biventricular, reemplazo de cadera total, reemplazo de rodilla total y cirugías en la columna vertebral. La educación es un programa interactivo en línea para que los miembros comprendan perfectamente sus procedimientos electivos, los riesgos y complicaciones, y lo que pueden hacer antes y después de la cirugía para obtener resultados óptimos. ✓ <i>Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 51 para obtener más información.</i>	\$0 por cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. \$0 por cada consulta en un centro hospitalario para pacientes externos cubierta por Medicare.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del doctor o del terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. El servicio intensivo ambulatorio es un programa estructurado de tratamiento activo de la salud conductual (mental) suministrado en el departamento para pacientes externos de un hospital, en un centro comunitario de salud mental, un centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del doctor o del terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial. Si tiene preguntas, llame a nuestro departamento de Salud conductual al 800.673.8043. ✓ <i>Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 51 para obtener más información.</i>	\$0 por día para los servicios de hospitalización parcial o servicios intensivos para pacientes externos cubiertos por Medicare.
 Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)* Cubrimos un sistema de respuesta de emergencia personal (PERS) para proporcionarle acceso directo a la atención en caso de emergencia y para respaldar sus determinantes sociales de necesidades de salud. Este paquete de beneficios incluye equipos de GPS para el hogar o móviles, asistencia para la instalación, llamada de bienvenida para la incorporación, supervisión las 24 horas al día, los 7 días a la semana, y servicios para los miembros que incluyen atención social. Comuníquese con su administrador de atención al 833.939.0983 para aprovechar este beneficio o recibir más información.	\$0 por dispositivos y servicios del Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS).*

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas al consultorio del doctor Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y del equilibrio realizados por su PCP o especialista, si el doctor así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Segunda opinión antes de la cirugía de un proveedor de la red. Consulte “Atención virtual” en esta Tabla de Beneficios Médicos para obtener información sobre qué consultas virtuales al doctor o profesional están cubiertas. Nota: Para determinar si su proveedor es un PCP o un especialista, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 (Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica). Se recomienda la educación prequirúrgica para los nuevos desfibriladores cardioversores implantables (implantable cardioverter defibrillators, ICD) con o sin estimulación biventricular, reemplazo de cadera total, reemplazo de rodilla total y cirugías en la columna vertebral. La educación es un programa interactivo en línea que le ayudará a comprender su procedimiento, los riesgos y las complicaciones y lo que puede hacer antes y después de la cirugía para garantizar los mejores resultados. ✓ <i>Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 51 para obtener más información.</i>	\$0 por cada consulta cubierta por Medicare con un PCP. \$0 por consultas cubiertas por Medicare con un especialista. \$0 por procedimientos quirúrgicos realizados por un doctor o profesional en el consultorio de un PCP o especialista. \$0 por cada consulta cubierta por Medicare de urgencia en el consultorio de un doctor fuera del horario de atención.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de rutina de los pies (límite de 6 consultas para desbridamiento de uñas y 6 consultas para eliminación de callos por año del plan) para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores, como la diabetes con circulación comprometida.  Servicios de podiatría de rutina no cubiertos por Medicare: Puede asistir por su cuenta a las 6 consultas o servicios cada año, independientemente de si tiene o no una enfermedad que afecte las extremidades inferiores.	Podiatría cubierta por Medicare: \$0 por cada consulta. \$0 por desbridamiento de uñas y eliminación de callos para miembros con afecciones específicas que afectan las extremidades inferiores. Podiatría no cubierta por Medicare (hasta 6 consultas o servicios): \$0 por cada consulta. \$0 por consultas de desbridamiento de uñas o eliminación de callos.
 Conciliación de medicamentos a domicilio después del alta Inmediatamente después de una hospitalización médica o conductual o de una hospitalización en un SNF, un proveedor de atención médica calificado, en colaboración con su doctor, revisará o conciliará un régimen de medicación completo. Se asegurarán de que se obtengan nuevos medicamentos y se desechen los que se hayan dejado de tomar. La conciliación de medicamentos puede realizarse en el hogar con el objetivo de eliminar los efectos secundarios y las interacciones que podrían provocar enfermedades o lesiones.	\$0 por estos servicios.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
PriorityCare PriorityCare incluye servicios como los siguientes: • Atención de acompañante: Papa le proporciona acceso a Papa Pals, una red de ayudantes amables que están disponibles en persona o de forma virtual a través de una llamada telefónica. Papa Pals ofrece compañía y puede ayudar con tareas diarias como el transporte, hacer recados, comprar comestibles, ayudar con la casa y mucho más. • Social Care Navigation: Papa Pals cuenta con el apoyo de especialistas en asistencia social que ofrecen una ayuda extra cuando surgen problemas como conocer sus beneficios, el sistema de atención médica o los recursos comunitarios. • Apoyo al cuidador: consultas, apoyo y recursos digitales, para reducir el estrés de las responsabilidades relacionadas con el cuidado y mejorar la confianza en el cuidado de los seres queridos. Llame a Papa al 833.680.5959 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 11:00 p. m. y de sábado a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del este) para programar consultas de atención de acompañante, ponerse en contacto con el equipo de Social Care Navigation o solicitar servicios de apoyo a cuidadores.	\$0 por hasta 100 horas al año de servicios de atención de acompañante Papa, en persona o virtuales, más Social Care Navigation ilimitado y servicios de apoyo al cuidador.
PriorityFlex* Se emitirá una tarjeta de débito PriorityFlex para que los miembros la utilicen para servicios públicos seleccionados (facturas de agua, alcantarillado, gas, electricidad, recolección de residuos, servicio séptico, Internet y teléfono), servicios de control de plagas, alimentos y productos saludables y artículos de venta libre (OTC).	\$222 cada 3 meses (sin transferencia).* * El miembro debe ser elegible para la Ayuda Adicional/subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS).

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
PriorityFlex (continuación) Existen cuatro formas en las que puede usar su tarjeta PriorityFlex para comprar artículos de salud: 1. Haga su pedido en línea. Mire y compre productos en línea en cualquier momento en <i>PriorityHealth.com/OTC</i>. 2. Compre en la tienda. Compre en Meijer, Kroger, Family Dollar, CVS, Walgreens, Walmart y otras tiendas participantes cerca de usted. 3. Llame para la entrega. Llame al 800.688.1838 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 11:00 p. m. o sábado y domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, para hacer un pedido después de revisar los artículos de su catálogo OTC. Tenga a mano los nombres de los productos, el número de la tarjeta de beneficios OTC y la información de envío. 4. Pedido por correo de OTC. Utilice el formulario de entrega de pedido por correo de OTC (incluido en el paquete del catálogo) para realizar un pedido por correo. Puede comprar alimentos y productos saludables en los comercios minoristas participantes que figuran en <i>PriorityHealth.com/OTC</i>. Para pagar los servicios de control de plagas y ciertos servicios públicos seleccionados puede hacerlo como lo haría con cualquier otra tarjeta Visa. Para consultar la lista de proveedores de servicios participantes, visite <i>PriorityHealth.com/OTC</i>. Su bonificación de OTC sin utilizar no se transfiere. Los fondos vencen al final de cada trimestre: el 31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre. Para obtener más información sobre el programa o realizar un pedido, visite <i>PriorityHealth.com/OTC</i>, la aplicación móvil OTC-Anywhere o llame al 800.688.1838 (TTY 711).	

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA). Se le realiza una prueba de PSA si no tiene signos ni síntomas (asintomático) de cáncer de próstata o afecciones relacionadas con la próstata. Si ha tenido anteriormente un PSA elevado, o está recibiendo tratamiento para afecciones que pueden derivar en cáncer de próstata, entre las que se incluyen la prostatitis (inflamación de la próstata) o la hiperplasia prostática benigna (agrandamiento de la próstata), o ha padecido cáncer de próstata, su prueba de PSA se puede considerar un diagnóstico. Consulte “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos”.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis anual del PSA. \$0 por un tacto rectal anual cubierto por Medicare.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas; para obtener más detalles, consulte Atención de la vista más adelante en esta sección. ✓ <i>Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 51 para obtener más información.</i>	\$0 por dispositivos implantados como parte de una cirugía en un centro quirúrgico ambulatorio o centro hospitalario para pacientes externos. \$0 por todas las demás prótesis y suministros cubiertos por Medicare.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y tienen una orden para la rehabilitación pulmonar del doctor que atiende la enfermedad respiratoria crónica.	\$0 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.
 Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales al año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindadas por un doctor o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la detección y el asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

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

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

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

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

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

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Membresía de SilverSneakers® (acondicionamiento físico)* SilverSneakers puede ayudarle a tener una vida más sana y activa a través del acondicionamiento físico y la conexión social. Tiene un beneficio de acondicionamiento físico cubierto a través de SilverSneakers en línea y en los centros participantes. Tiene acceso a una red nacional de centros participantes, en los que puede asistir a clases y utilizar los aparatos de gimnasia y otras comodidades. Inscribese en tantos centros como desee, en cualquier momento. También tiene acceso a instructores que dirigen clases de ejercicio grupales especialmente diseñadas, presenciales y en línea, los siete días de la semana. Además, SilverSneakers Community le ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales, en centros recreativos, parques y otros lugares del barrio. SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos en línea a través de las clases SilverSneakers LIVE, los videos SilverSneakers On-Demand y la aplicación móvil SilverSneakers GO. Active su cuenta en línea gratuita en <i>SilverSneakers.com</i> para ver su número de identificación de miembro de SilverSneakers y todas las funciones del programa disponibles para usted sin costo adicional. Si tiene más preguntas, visite <i>SilverSneakers.com</i> o llame al 1.888.423.4632 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.	\$0 por el programa de acondicionamiento físico integral SilverSneakers®.*

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios



Membresía de SilverSneakers® (acondicionamiento físico)* (continuación)

Siempre hable con su doctor antes de empezar un programa de ejercicios.

1. Los centros participantes (Participating locations, “PL”) no son propiedad ni están gestionados por Tivity Health, Inc. ni sus afiliadas. El uso de las instalaciones y servicios de los PL está limitado a los términos y las condiciones de la membresía básica de los PL. Las instalaciones y servicios varían según el PL.
2. La membresía incluye clases de acondicionamiento físico grupales dirigidas por un instructor de SilverSneakers. Algunos centros ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según el centro.

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. ©
2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de “centro de enfermería especializada. En ocasiones, los centros de enfermería especializada suelen denominarse SNF). Cubierto hasta 100 días por período de beneficio (según la necesidad médica y de rehabilitación determinada antes del ingreso y de forma continua)[†].  No se requiere una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. Cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos (al igual que otros componentes de la sangre).  La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los SNF. • Análisis de laboratorio que suelen hacerse en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que suelen hacerse en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los SNF. • Servicios de doctores o profesionales.	Para los servicios cubiertos por Medicare por cada período de beneficios[†], usted paga: \$0 por día para los días 1-20. \$0 por día para los días 21-100.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) Generalmente, los servicios en un SNF los obtendrá en centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, usted podrá obtener su atención de un centro que no sea proveedor de la red, si dicho centro acepta las cantidades de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que preste servicios de un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. †El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un centro de enfermería especializada. El período de beneficio comienza el día en que ingresa por 60 días consecutivos sin recibir atención de enfermería especializada. Si ingresa en un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios que puede tener. ✓ <i>Se puede aplicar una autorización previa, consulte la página 51 para obtener más información.</i>	

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo en un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas en persona. <u>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que pueda resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo en un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas en persona.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un doctor. • Ser proporcionado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un doctor, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	\$0 por cada consulta de SET cubierta por Medicare.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Servicios de televigilancia Hemos desarrollado servicios de televigilancia para complementar nuestro programa de control de enfermedades y centrarnos en las afecciones crónicas prevalentes en nuestra población más vulnerable. Los servicios de televigilancia de Priority Health están disponibles para los miembros que tienen un diagnóstico de insuficiencia cardíaca, diabetes no controlada, disfunción pulmonar obstructiva crónica (EPOC), afecciones cardiovasculares e hipertensión. Proporcionamos a los miembros equipos especialmente adaptados, telecomunicaciones y tecnología para controlar las afecciones de salud a distancia.	\$0 por estos servicios.
 Transporte* Cubrimos hasta 30 viajes sencillos por año calendario para llevarlo ida y vuelta a lugares relacionados con la salud, como proveedores de la red y farmacias, cuando los proporciona nuestro proveedor de transporte designado. Cada viaje sencillo se limita a 40 millas. Los viajes pueden realizarse en taxi, servicios de uso compartido de vehículo, camionetas y transporte médico, según lo determine nuestro socio de transporte. Para programar un viaje o averiguar cuántos viajes le quedan para el año (saldo de viajes), llame al 1.855.932.5418 (TTY 711), de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a sábado. Los viajes se deben programar al menos 48 horas antes de su hora de recogida. Los viajes programados con menos de 48 horas de anticipación estarán sujetos a disponibilidad. <i>Debe cancelar los viajes al menos 3 horas antes de la hora de recogida prevista. De lo contrario, el viaje se deducirá de su saldo de viajes anual.</i>	\$0 por hasta 30 viajes sencillos que no sean de emergencia, hasta 40 millas como máximo por viaje sencillo, hacia y desde lugares relacionados con la salud al año.*

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se prestan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata pero, dadas sus circunstancias, no es posible ni razonable obtener estos servicios de proveedores de la red. Si no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener la atención médica de un proveedor de la red de forma inmediata, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios. Algunos ejemplos de servicios de atención de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red se concretan si: Se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicos inmediatos por una afección imprevista, pero no se trata de una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, recibir inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red. Los costos compartidos para los servicios de urgencia necesarios que se prestan fuera de la red son iguales que para los mismos servicios prestados dentro de la red.  Tiene cobertura para los servicios de urgencia en los Estados Unidos y todo el mundo. Nota: Si recibe medicamentos de autoadministración cubiertos por Medicare de la Parte D en un entorno para pacientes externos, pueden estar cubiertos en su beneficio de medicamentos con receta de este plan. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información sobre qué ocurre cuando obtiene un medicamento de la Parte D en un entorno médico.	\$0 por cada consulta al proveedor de atención de urgencia cubierta por Medicare. No paga esta cantidad si se ingresa en el hospital en el plazo de 24 horas por la misma afección.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención virtual <i>(también conocida como servicios de telesalud, controles virtuales o consultas electrónicas)</i> Los miembros tienen la opción de recibir servicios de atención médica en lugares como su domicilio de los siguientes proveedores: • Proveedores de atención primaria (PCP) • Especialistas • Proveedores de salud conductual Los servicios de telesalud cubiertos incluyen consultas virtuales, evaluaciones, comunicación por teléfono o video (computadora, teléfono inteligente, tableta, portal para pacientes en línea). Pregunte a uno de nuestros proveedores de la red si puede realizar consultas virtuales. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral, sin importar su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: ○ Tiene una consulta en persona durante los 6 meses previos a su primera consulta de telesalud. ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente bajo determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por las Clínicas de salud rurales y los Centros de salud federalmente calificados. ○ El control no da lugar a una consulta al consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana.	\$0 por consultas virtuales.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención virtual (<i>continuación</i>) <i>(también conocida como servicios de telesalud, controles virtuales o consultas electrónicas)</i> - Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su doctor <u>en los siguientes casos:</u> - Usted no es un paciente nuevo y - El control no está relacionado con una consulta al consultorio de los últimos 7 días. - Evaluación de videos o imágenes que usted envíe a su doctor, incluida la interpretación y el seguimiento del doctor dentro de las 24 horas <u>en los siguientes casos:</u> - Usted no es un paciente nuevo y - La evaluación no está relacionada con una consulta al consultorio de los últimos 7 días y - La evaluación no da lugar a una consulta al consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana. - Consultas que su doctor tenga con otros doctores por teléfono, Internet o registro de salud electrónico.	
 Atención de la vista Atención de la vista cubierta por Medicare: Servicios de doctores para pacientes externos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. Consulte la Sección 3.1 de este capítulo, <i>Beneficios que no cubrimos (exclusiones)</i>.	Atención de la vista cubierta por Medicare: \$0 por pruebas anuales de glaucoma. \$0 por anteojos y lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Atención de la vista (<i>continuación</i>) Atención de la vista cubierta por Medicare: • Para las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). • Si los lentes correctivos/monturas (y los reemplazos) se necesitan después de una extracción de cataratas sin un implante de lentes, cubriremos un par de anteojos o lentes de contacto.  Atención de la vista de rutina no cubierta por Medicare:* • Debe utilizar un proveedor EyeMed “Select” para la cobertura de rutina que incluye: examen de rutina, diagnóstico por imágenes de la retina y bonificación para anteojos o lentes de contacto. • Llame al 844.366.5127 para localizar un proveedor, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. o visite eyemed.com y seleccione “Find an eye doctor” (Buscar un oftalmólogo) y luego elija la red “Select” para buscar un proveedor. Para obtener información adicional sobre sus beneficios de EyeMed, consulte el Apéndice al final de este documento.	\$0 por prueba anual de detección de retinopatía diabética. \$0 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades o afecciones de los ojos. <u>Servicios cubiertos con un proveedor de EyeMed “Select”:</u> \$0 por un examen de la vista de rutina no cubierto por Medicare, incluida la dilatación y refracción según sea necesario.* \$0 por un diagnóstico por imágenes de la retina no cubierto por Medicare.* \$200 de bonificación para anteojos y lentes de contacto no cubiertos por Medicare.*

Sus reclamaciones de Priority Health Medicare se procesarán con los beneficios de Medicare Original. Si su Medicaid se hace cargo de la diferencia, deberá abonar un costo compartido de \$0 que indicamos a continuación en cada beneficio. Si pierde la elegibilidad de Medicaid, pagará el costo compartido como si tuviera Medicare Original.	
Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la consulta preventiva única <i>Bienvenido a Medicare</i>. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y derivaciones a otro tipo de atención si fuera necesario (como un electrocardiograma único). Importante: Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al personal del consultorio de su doctor que le gustaría programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.

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

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por el plan

En esta sección, se describen los servicios que Medicare excluye.

La siguiente tabla describe algunos de los servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia o que están cubiertos por el plan solo en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, salvo determinadas circunstancias que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos igualmente no se cubrirán y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide en la apelación que se trata de un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicio no cubierto por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cuándo está cubierto
Acupuntura		Los servicios de acupuntura de rutina cubiertos por su plan se describen en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la Tabla de Beneficios Médicos.
Ambulancia: millaje para el transporte en ambulancia más allá del centro más cercano o de ida o vuelta al centro preferido por el miembro o la familia.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Análisis de sangre: no son médicamente necesarios según los criterios de cobertura de Medicare. <i>Hable con su doctor sobre los análisis para saber si están cubiertos o llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.</i>	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Analizadores de glucosa en sangre: colorímetro de reflectancia.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Andador de rodilla	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Atención a largo plazo: consulte el Capítulo 12, <i>Definiciones de palabras importantes</i> , para la atención a largo plazo.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Atención quiropráctica: atención de mantenimiento, radiografías, análisis de laboratorio y otros servicios realizados en el consultorio, además de los que se explican en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la Tabla de Beneficios Médicos.		Los servicios quiroprácticos de rutina cubiertos por su plan se describen en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la Tabla de Beneficios Médicos.
Audición (rutina/no cubierto por Medicare): exámenes de audífonos, audífonos o evaluaciones que incluyen la adaptación y el control de los audífonos.		Los servicios auditivos de rutina cubiertos por su plan se describen en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la Tabla de Beneficios Médicos.

Servicio no cubierto por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cuándo está cubierto
Camas: colchones, oscilantes, camas para baño (hogareñas), tablas, elevador, tumbonas (eléctricas o manuales).	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Cargos: cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Cirugía o procedimientos cosméticos		Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mamas después de una mastectomía, como así también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Confirmación de género: cirugía y tratamiento hormonal.		Si Priority Health determina que cumple los criterios de necesidad médica.
Cuidado asistencial: consulte el Capítulo 12, <i>Definiciones de palabras importantes</i> , para el cuidado asistencial.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Dispositivos de escucha asistida: incluyen, entre otros, los amplificadores de teléfono y los dispositivos de alerta.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Dispositivos de seguridad para el baño: incluyen, entre otros, elevadores, asientos de inodoro elevados, asiento para bidé, bancos para traslados, bañera con fácil acceso, barras de agarre y barras paralelas.		Puede estar cubierto con su bonificación de PriorityFlex. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos.
Dispositivos inteligentes: (teléfonos inteligentes y el costo de las aplicaciones, tabletas, computadoras personales, etc.).	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Enfermeros privados	No cubiertos en ninguna circunstancia	

Servicio no cubierto por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cuándo está cubierto
Equipo de adaptación: consulte el Capítulo 12, <i>Definiciones de palabras importantes</i> , para obtener información sobre el equipo de adaptación.		Puede estar cubierto con su bonificación de PriorityFlex. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos.
Exámenes físicos y otros servicios: requeridos por terceros, como la obtención o el mantenimiento de un empleo o la participación en programas para empleados, requeridos para seguros o licencias, exámenes físicos deportivos solicitados, exigidos por orden judicial o para la libertad condicional.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
FDA: servicios no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Habitación privada: cuando las habitaciones semiprivadas están disponibles.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Incontinencia: protectores o suministros.		Puede estar cubierto con su bonificación de PriorityFlex. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos.
Leggings quirúrgicos		Puede estar cubierto con su bonificación de PriorityFlex. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos.
Masoterapia: realizada por un masoterapeuta.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Medias de compresión		Puede estar cubierto con su bonificación de PriorityFlex. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos.

Servicio no cubierto por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cuándo está cubierto
Medicamentos (medicamentos autoadministrados cubiertos por la Parte D): proporcionados en un entorno para pacientes externos como un hospital para pacientes externos, una sala de emergencias o el consultorio de un doctor. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos, y el Capítulo 12, <i>Definiciones de palabras importantes</i> , para conocer los medicamentos autoadministrados.		Es posible que sea elegible para un reembolso según su cobertura de medicamentos con receta.
Medicamentos (Parte B de su beneficio médico): (que no sean para quimioterapia ni productos biológicos) utilizados para afecciones no aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), como las hormonas biomédicas, y que no estén cubiertos por Medicare.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Medicamentos (Parte D de su beneficio de medicamentos con receta): comprados u obtenidos durante su estancia en otro país, incluidos los que se obtienen en un crucero que se consideran autoadministrados. Se considera que no están aprobados por la FDA.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Modificaciones estructurales: incluyen, entre otras, rampas, entradas, ascensores y elevadores de escalera.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Necesidad médica: servicios que no se consideran razonables y médicamente necesarios, según los estándares de Medicare Original; consulte el Capítulo 9 para saber cómo obtener una decisión de cobertura.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Objetos personales: en su habitación del hospital o centro de enfermería especializada, incluidos, entre otros, un teléfono o televisor.	No cubiertos en ninguna circunstancia	

Servicio no cubierto por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cuándo está cubierto
Pelucas	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Pérdida de peso: tratamiento, incluidos, entre otros, programas de pérdida de peso y programas de comidas no cubiertos por Medicare.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Pies: cuidados de rutina <i>Hable con su doctor sobre los cuidados de los pies para saber si están cubiertos o llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.</i>		Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes). Los servicios de cuidado de rutina de los pies cubiertos por su plan se describen en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la Tabla de Beneficios Médicos.
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos que Medicare Original determina que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		Medicare Original podría cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Proveedores excluidos: servicios de proveedores que aparecen en la Lista de exclusión de los CMS. Consulte el Capítulo 12, <i>Definiciones de palabras importantes</i> , para obtener información sobre la Lista de exclusión de los CMS.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Prueba prequirúrgica: incluye, entre otros, los análisis, las radiografías, los electrocardiogramas y el monitoreo cardíaco que se realizan estrictamente para la autorización prequirúrgica cuando no existe una afección médica subyacente para la prueba.	No cubiertos en ninguna circunstancia	

Servicio no cubierto por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cuándo está cubierto
Relacionados con la guerra: no están cubiertos los artículos o servicios necesarios que se relacionan o son consecuencia de las lesiones causadas por la guerra o un acto de guerra.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Servicios de asesoramiento: no están cubiertos por Medicare Original, incluidos, entre otros, los programas de centros de día geriátricos, terapia psicofisiológica individual, incluso la retroalimentación biológica, el asesoramiento matrimonial y el asesoramiento pastoral.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Servicios de empleada doméstica: incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.		Los servicios de PriorityCare cubiertos por su plan se describen en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la Tabla de Beneficios Médicos.
Servicios dentales		La atención dental necesaria para tratar una enfermedad o una lesión puede estar cubierta como atención para pacientes internos o externos. Priority Health determinará si cumple los criterios de necesidad médica de Medicare. Los servicios dentales de rutina cubiertos por su plan se describen en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la Tabla de Beneficios Médicos.
Servicios naturopáticos/homeopáticos (utilizan tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Silla de elevación: la silla/parte reclinadora no está cubierta.		El mecanismo de una silla de elevación puede estar cubierto si Priority Health determina que cumple los criterios de necesidad médica.

Servicio no cubierto por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cuándo está cubierto
Síndrome de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint Syndrome, TMJ)	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Sistemas de comunicación de emergencia: como el Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS), dispositivos de alerta médica, sistemas de alerta telefónica en el hogar.		El Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS) cubierto por su plan se describe en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la Tabla de Beneficios Médicos.
Tensiómetro (es decir, un tacómetro de pulso).		Puede estar cubierto con su bonificación de PriorityFlex. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos.
Transporte: incluye transporte aéreo comercial o privado, automóvil, taxi, autobús, furgoneta para camilla y furgoneta para silla de ruedas, aun cuando sea la única forma de viajar hasta un proveedor de la red.		Los servicios de transporte cubiertos por su plan se describen en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la Tabla de Beneficios Médicos.
Tratamiento residencial: el objetivo principal es retirar al miembro de su entorno para prevenir la reaparición de una afección, como, por ejemplo, los trastornos alimenticios, la adicción al alcohol, etc.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
VA: servicios prestados a los veteranos en centros de Asuntos de veteranos (Veterans Affairs, VA).	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Vista (rutina/no cubierto por Medicare): examen de la vista, anteojos y lentes de contacto, refracción, diagnóstico por imágenes de la retina y adaptación de los anteojos.		Los servicios de la vista de rutina cubiertos por su plan se describen en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la Tabla de Beneficios Médicos.

Servicio no cubierto por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cuándo está cubierto
Vista (servicios): Queratotomía radial y queratoplastia para tratar los defectos refractivos, corrección de astigmatismo con láser, cirugía LASIK o LASEK y otros dispositivos de ayuda para baja visión. Lentes intraoculares (intraocular lenses, IOL) no convencionales luego de una cirugía de cataratas (por ejemplo, un IOL para corregir presbicia).	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		Puede estar cubierto con su bonificación de PriorityFlex o su beneficio de entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos para las personas que tienen la enfermedad de pie diabético grave. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos.

CAPÍTULO 5:

*Cómo utilizar la cobertura del plan
para los medicamentos recetados de
la Parte D*

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**¿Cómo obtiene información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo “Ayuda Adicional” con sus costos de medicamentos recetados de la Parte D?**

La mayoría de nuestros miembros califica y recibe la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos con receta. Si participa en el programa de “Ayuda Adicional”, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le enviaremos un folleto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos con Receta), también conocida como “Low-Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula Adicional para Subsidio por Bajos Ingresos o Cláusula Adicional LIS), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este folleto, comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente y pida la “Cláusula Adicional LIS”.

SECCIÓN 1 Introducción

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

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios del programa Medicaid de Michigan. Puede obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid si llama al servicio de atención al cliente de su plan de Medicaid.

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

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

- Debe pedirle a un proveedor (doctor, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que le escriba una receta que sea válida según la legislación estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe figurar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan*).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

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

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

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

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

Sección 2.2 Farmacias de la red**¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

Para buscar una farmacia de la red, puede mirar en su *Directorio de Proveedores/Farmacias*, visitar nuestro sitio web (priorityhealth.com/dsnpplan24) o llamar al Servicio de Atención al Cliente.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red. Para buscar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de nuestro Servicio de Atención al Cliente o usar el *Directorio de Proveedores/Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web priorityhealth.com/dsnpplan24.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población indígena estadounidense urbana o tribal del Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la 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. (**Nota:** Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de Proveedores/Farmacias* o llame a nuestro Servicio de Atención al Cliente.

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

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

Para obtener formularios de pedidos e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, llame al Servicio de Atención al Cliente o visite nuestro sitio web en priorityhealth.com/dsnpplan24. Si utiliza una farmacia de pedido por correo que no está dentro de la red del plan, no se cubrirá su receta.

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

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su doctor.

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo**

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la “Lista de Medicamentos” del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de Proveedores/Farmacias* le indica qué farmacias de la red le proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 Cuándo puede utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan**En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto**

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

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Si el gobernador de su Estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (y no la parte del costo que normalmente le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.2 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

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

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

La “Lista de Medicamentos” incluye los que están cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios del programa Medicaid de Michigan. Puede obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid si llama al servicio de atención al cliente de su plan de Medicaid.

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

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

La “Lista de Medicamentos” incluye medicamentos de marca comercial, medicamentos genéricos y biosimilares.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Un medicamento de marca comercial es un medicamento con receta que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca comercial que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos que están basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la “Lista de Medicamentos”, cuando nos referimos a “medicamentos”, puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca comercial. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, poseen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca comercial o el producto biológico, y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca comercial y algunos productos biológicos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

¿Qué no se incluye en la “Lista de Medicamentos”?

Puede obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid si llama al servicio de atención al cliente de su plan de Medicaid.

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

Sección 3.2	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la “Lista de Medicamentos”?
--------------------	---

Hay cuatro formas de averiguarlo:

1. Consulte la “Lista de Medicamentos” más reciente que le proporcionamos de forma electrónica. (Tenga en cuenta lo siguiente: La “Lista de Medicamentos” que proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos más utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la “Lista de Medicamentos” proporcionada. Si uno de sus medicamentos no figura en la “Lista de Medicamentos”, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para averiguar si lo cubrimos).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

2. Visite el sitio web del plan (priorityhealth.com/dsnpplan24). La “Lista de Medicamentos” del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a nuestro Servicio de Atención al Cliente para saber si un medicamento en particular está incluido en la “Lista de Medicamentos” del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Utilice la “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) del plan (<https://member.priorityhealth.com/login> o llame al Servicio de Atención al Cliente). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la “Lista de Medicamentos” para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la “Lista de Medicamentos” que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

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

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

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra “Lista de Medicamentos”. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimidos en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento.

Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Restricción de medicamentos de marca comercial o productos biológicos originales cuando hay una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible

Un medicamento **genérico** o biosimilar intercambiable suele tener el mismo efecto que un medicamento de marca comercial o producto biológico original pero, por lo general, es más económico. **En la mayoría de los casos, si está disponible la versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca comercial o producto biológico original, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico o biosimilar intercambiable en lugar del medicamento de marca comercial o producto biológico original.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable, ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección, entonces sí podemos cubrir el medicamento de marca comercial o el producto biológico original. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca comercial o el producto biológico original que para el medicamento genérico o biosimilar intercambiable).

Obtener la autorización del plan por adelantado

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

Probar un medicamento diferente primero

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

Límites de cantidad

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

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

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

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca comercial que desea tomar no esté cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, tal como se indica en la Sección 4.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera.
- Si el medicamento no está en la “Lista de Medicamentos” o está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la “Lista de Medicamentos” o está restringido, estas son algunas opciones:

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

Puede obtener un suministro temporal

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

- **Si es miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días o un suministro de 31 días si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC). Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de 30 días del medicamento o un suministro de 31 días si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC). El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los que hayan sido miembros del plan por más de 90 días y residan en un centro de atención a largo plazo, y necesiten un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal mencionado anteriormente.

- Según las regulaciones de los CMS, **Priority**Medicare D-SNP les proporciona a los miembros que experimenten un cambio en el nivel de atención un suministro de transición de al menos 30 días de medicación, a menos que la receta esté indicada para menos días.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

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

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para determinar si existe otro medicamento cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

2) Puede solicitar una excepción

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

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se indican los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

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

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

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la “Lista de Medicamentos”.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca comercial por una versión genérica.**
- Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que usted esté tomando?****Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se realizan cambios en la “Lista de Medicamentos”, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra “Lista de Medicamentos” en línea con regularidad. A continuación, señalamos los momentos en que recibiría un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted esté tomando.

Cambios en su cobertura para medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza un medicamento de marca comercial en la “Lista de Medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca comercial, o ambas)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca comercial de nuestra “Lista de Medicamentos” si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca comercial en nuestra “Lista de Medicamentos”, pero moverlo de inmediato a un nivel de costo compartido más alto, agregar nuevas restricciones o ambas cuando se agregue el nuevo medicamento genérico.
 - Quizás no le avisemos antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente usted está tomando el medicamento de marca comercial. Si está tomando el medicamento de marca comercial en el momento en que realicemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que cubramos el medicamento de marca comercial. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
 - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca comercial para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos de la “Lista de Medicamentos” que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede ser considerado inseguro o retirado del mercado por otra razón. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la “Lista de Medicamentos”. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios sobre los medicamentos de la “Lista de Medicamentos”**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que usted esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca comercial en la “Lista de Medicamentos”, o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca comercial, o ambas. También podemos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o de nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación, o darle un aviso del cambio y un resurtido para 30 días del medicamento que esté tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso del cambio, usted deberá trabajar junto a la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que esté cubierto por nosotros o para satisfacer cualquier nueva restricción del medicamento que esté tomando.
 - Usted o la persona autorizada a dar recetas puede solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la “Lista de Medicamentos” que no lo afectarán durante este año del plan

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

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

- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la “Lista de Medicamentos”.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que usted esté tomando (con excepción de un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca comercial por un medicamento genérico u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni lo que pague como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna otra restricción agregada a su uso del medicamento.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?**Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos**

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

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

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

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

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos mencionadas a continuación no están cubiertas por Medicare: Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos por su cobertura de medicamentos de Medicaid.

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales con receta, salvo las vitaminas prenatales y las preparaciones de flúor.
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes o los servicios de supervisión asociados se compren exclusivamente al fabricante.

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

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta**Sección 8.1 Proporcione información sobre su membresía**

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

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

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

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Después, puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

Nota especial sobre la cobertura acreditada:

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

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

Guarde este aviso sobre la cobertura acreditada porque es posible que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite este aviso para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditada. Si no recibió el aviso sobre la cobertura acreditada, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados, o al empleador o sindicato.

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

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinada(s) farmacia(s).
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de determinado(s) doctor(es).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

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

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

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

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

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones y tienen altos costos de medicamentos, o que están en un DMP que ayuda a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre sus medicamentos, los costos, o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debería seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. Usted también obtendrá

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando, la cantidad, cuándo los toma y la razón por la que lo hace. Además, los miembros que están en el Programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

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

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquenos, y retiraremos su participación. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

CAPÍTULO 6:

*Lo que le corresponde pagar por los
medicamentos recetados de la
Parte D*

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D**¿Cómo obtiene información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo “Ayuda Adicional” con sus costos de medicamentos recetados de la Parte D?**

La mayoría de nuestros miembros califica y recibe la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos con receta. Si participa en el programa de “Ayuda Adicional”, **parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le enviaremos un folleto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos con Receta), también conocida como “Low-Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula Adicional para Subsidio por Bajos Ingresos o Cláusula Adicional LIS), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este folleto, comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente y pida la “Cláusula Adicional LIS”.

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos**

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

Para comprender la información de pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas normas. Cuando utilice la “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte la Sección 3.2 del Capítulo 5), el costo que se muestra se proporcionará en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Real Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) si llama al Servicio de Atención al Cliente.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

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

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

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

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

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

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

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

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

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- Estos pagos *también se incluyen* en sus costos de bolsillo si los efectúa **otra persona u organización** en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, por un Programa de asistencia de medicamentos estatal calificado por Medicare o por el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa de “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de Descuento de Medicare para el Período sin Cobertura de Medicare en sus costos de bolsillo. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por los medicamentos de marca comercial. Sin embargo, no se incluye la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de Cobertura para Catástrofes:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de \$8,000 en el año calendario, pasará de la Etapa del Período sin Cobertura a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

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

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

- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubra.
- Medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red que no cumplan con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenezcan a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que realiza para sus medicamentos con receta que generalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos que realice el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentre en la Etapa del Período sin Cobertura.
- Pagos de sus medicamentos que realicen planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos que realicen ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de veteranos.
- Pagos de sus medicamentos que realice un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de la Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D que usted recibe incluye la cantidad actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando esta cantidad alcance \$8,000, en este informe se le indicará que ha dejado la Etapa del Período sin Cobertura y ha pasado a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de PriorityMedicare D-SNP?

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare según **Priority** Medicare D-SNP. La cantidad que paga depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Los detalles de cada etapa se encuentran en la Sección 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa del Deducible Anual

Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapa 3: Etapa del Período sin Cobertura

Etapa 4: Etapa de Cobertura para Catástrofes

Nota importante para el beneficio de copago de \$0 por medicamentos recetados: Si califica para la “Ayuda Adicional”, no pagará nada por todos los medicamentos recetados de la Parte D cubiertos por Medicare en todos los niveles y etapas.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

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

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (EOB de la Parte D)

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

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se lo denomina **costos que paga de su bolsillo**.
- Llevamos un registro de los **costos totales de sus medicamentos**. Esta es la cantidad que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

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

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos**

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que podría tener que pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos las copias de sus recibos. Estos son algunos ejemplos de aquellos casos en los que debería entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realice un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red o cuando pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos estatal, un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviemos por escrito.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que faltan datos o tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente. Asegúrese de guardar estos informes.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos

Dado que la mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, la Etapa del Deducible no se aplica para la mayoría de ellos. Si recibe “Ayuda Adicional”, esta etapa de pago no se aplica para usted.

Consulte el prospecto aparte, la (Cláusula LIS), para obtener información sobre la cantidad de su deducible.

Si no recibe la “Ayuda Adicional”, la Etapa del Deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance la cantidad de deducible del plan, que es de \$545 para 2024. El deducible no se aplica para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, tétano y para viajar. El “**costo total**” suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$545 por los medicamentos, saldrá de la Etapa del Deducible y pasará a la Etapa de Cobertura Inicial.

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

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

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

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red.

- La farmacia de pedido por correo del plan.

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

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

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

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (un 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) (Un suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido	Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta, pagará los siguientes costos de sus medicamentos con receta: • Copago de \$0 Si <u>no</u> recibe “Ayuda Adicional”, pagará los siguientes costos de sus medicamentos con receta: • 25% del costo total del medicamento			

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no pagó su deducible.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para hasta 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (un suministro para hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido	Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta, pagará los siguientes costos de sus medicamentos con receta: • Copago de \$0 Si <u>no</u> recibe “Ayuda Adicional”, pagará los siguientes costos de sus medicamentos con receta: • 25% del costo total del medicamento No hay suministro a largo plazo para medicamentos de especialidad.	

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no pagó su deducible.

Sección 5.5	Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$5,030. Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta, permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales de bolsillo para el año alcancen los \$8,000.
--------------------	---

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la cantidad total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido llegue al **límite de \$5,030 para la Etapa de Cobertura Inicial**.

La EOB de la Parte D que reciba lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier otro tercero, han gastado en usted durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$5,030 en un año.

Le informaremos cuando alcance esta cantidad. Si llega a esta cantidad, saldrá de la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa del Período sin Cobertura o Etapa de Cobertura para

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Catástrofes. Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del Período sin Cobertura

Dado que la mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, la Etapa del Período sin Cobertura no se aplica para la mayoría de ellos. Si recibe “Ayuda Adicional”, esta etapa de pago no se aplica para usted.

Si no recibe la “Ayuda Adicional”, sí se aplica la Etapa del Período sin Cobertura.

Cuando usted está en la Etapa del Período sin Cobertura, el Programa de Descuento de Medicare para el Período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca comercial. Paga el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca comercial. Tanto la cantidad que usted paga como la cantidad descontada por el fabricante se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y la desplaza a lo largo del período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Solo la cantidad que usted paga es considerada y la desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta que el total de lo que paga de su bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. Una vez que alcance esta cantidad (\$8,000), sale de la Etapa del Período sin Cobertura y pasa a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

Medicare tiene normas acerca de lo que se tiene en cuenta y lo que *no* se tiene en cuenta para los costos que paga de su bolsillo (Sección 1.3).

Los requisitos de coseguro de la Etapa del Período sin Cobertura no se aplican para los productos de insulina cubiertos de la Parte D y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétano y las vacunas para viajar.

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

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 7 Durante esta Etapa de Cobertura para Catástrofes, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted ingresará en la Etapa de Cobertura para Catástrofes cuando los costos que pague de su bolsillo hayan alcanzado el límite de \$8,000 del año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura para Catástrofes, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por sus vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos. 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 para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la “Lista de Medicamentos” de su plan o comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener información sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

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

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

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

1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización, llame al Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.

2. Dónde obtiene la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del doctor.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

3. Quién le administra la vacuna.

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- Cuando reciba el medicamento cubierto de la Parte D, pagará el costo total del medicamento.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este documento (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Se le reembolsará la cantidad que pagó menos su copago normal para el medicamento cubierto de la Parte D, menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el doctor o el centro para pacientes externos y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

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

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos los servicios o medicamentos cubiertos

Nuestros proveedores de la red facturan directamente al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que ha recibido, debe enviarnos esa factura para que podamos pagarla. Cuando nos envía la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor.

Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama **reembolsar**). Es su derecho que nuestro plan le haga un reembolso cada vez que usted pague más de la cantidad que le corresponde de los costos de servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por el plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envía una factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

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

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

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

Usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos, pídale al proveedor que facture al plan.

- Si paga la cantidad total en el momento de recibir el servicio, pídanos que le hagamos un reembolso. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Podría recibir una factura del proveedor en la que le pida pagar una cantidad que usted considera que no debe. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.

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

- Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
- Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le haremos un reembolso.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague por sus servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe pedirnos un reembolso por sus servicios cubiertos.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

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

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

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para acceder a un análisis de estas circunstancias.

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

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita sobre la inscripción, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

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

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

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

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

Cuando nos envía una solicitud de pago, examinaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento se debe cubrir. A esto se lo denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que se debe cubrir, le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo del servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento posee información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

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

- No debe utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Puede descargar una copia del formulario de nuestro sitio web (priorityhealth.com/dsnpplan24) o llamar al Servicio de Atención al Cliente y solicitar que le envíen por correo postal o electrónico un formulario de solicitud de reembolso.

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

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

Customer Service Department, MS 1115
Priority Health Medicare
1231 East Beltline Ave, NE
Grand Rapids, MI 49525

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

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

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

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha cumplido con todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo por el servicio. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica, o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo de la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviaremos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

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

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

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información en otro idioma, en letra grande o en otro formato alternativo sin costo para usted, llame al Servicio de Atención al Cliente.

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

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante el Servicio de Atención al Cliente. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Section 1.1	We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, as an audio file, or other alternate formats, etc.)
--------------------	--

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We are required to provide information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate to you. To get information in another language, large print, or other alternate format at no cost to you, please call Customer Service.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Customer Service. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

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

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

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo por las circunstancias enumeradas a continuación, si tenemos la intención de suministrar su información de salud a otra persona que no le brinde atención ni pague por ella, *tenemos la obligación de pedir por escrito su autorización, o de quien haya dado poder legal para tomar decisiones en su nombre, antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para una investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales. Generalmente esto requiere que la información que lo identifica de manera exclusiva no se comparta.

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

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a nuestro Servicio de Atención al Cliente.

Consulte la Sección 7 del Capítulo 11, *Avisos legales*, para conocer nuestra política de privacidad completa.

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

Como miembro de **Priority**Medicare D-SNP, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio de Atención al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y de las normas que debe cumplir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no se cubre y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no se encuentra cubierto o su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también ofrece información sobre cómo pedirnos que modifiquemos una decisión, lo que también se denomina: “apelación”.

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	---

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

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus doctores y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

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

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

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

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

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus doctores instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.
- Tenga en cuenta que puede ser necesario verificar la incapacidad del titular del plan para tomar decisiones en su nombre a fin de establecer la falta de capacidad para tomar decisiones del titular del plan.

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

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

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o de algunas tiendas de artículos para oficina. A veces, se

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para solicitar los formularios.

- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debería considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles una copia del formulario a su doctor y a la persona que nombre en el formulario capaz de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o a miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

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

Recuerde que usted decide si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un doctor o el hospital no han respetado las instrucciones que allí se indican, puede presentar una queja ante el Departamento de Licencias y Asuntos Regulatorios (Department of Licensing & Regulatory Affairs), Oficina de Comunidad y Sistemas de Salud (Bureau of Community and Health Systems): reclamaciones de centros de salud, P.O. Box 30664, Lansing, MI 48909. Teléfono: 800.882.6006. Fax: 517.335.7167. Correo electrónico: BCHS-Complaints@michigan.gov.

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita realizar una solicitud de cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si siente que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?
--------------------	---

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

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

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no lo han tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos, *y no se trata de discriminación*, puede obtener ayuda para tratar el problema que esté enfrentando:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8	Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de PriorityMedicare D-SNP
--------------------	--

Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de nuestros miembros. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para saber cómo hacer esto.

Sección 1.9	Cómo obtener más información sobre sus derechos
--------------------	--

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

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “*Medicare Rights & Protections*” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame al Servicio de Atención al Cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las normas que debe cumplir para obtenerlos.** Utilice esta Evidencia de Cobertura para obtener información sobre lo que se cubre y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 contienen información sobre los servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 contienen información sobre su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le brinda información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al doctor y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía del plan y la tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Permita que sus doctores y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus doctores y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus doctores hayan acordado.
 - Asegúrese de que los doctores conozcan todos los medicamentos que esté tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que sea capaz de comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su doctor, de los hospitales y de otras oficinas.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte que le corresponde del costo al recibir el medicamento.
 - Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
 - Si debe pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos más altos (según se informaron en su última declaración de impuestos), tiene que continuar pagando esta cantidad directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio del plan, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).
- **Ayúdenos a proteger su privacidad y la de los demás.**
 - Avísenos si ha perdido su tarjeta de identificación o se la han robado para evitar que alguien reciba sus beneficios de Priority Health Medicare.
 - Infórmenos inmediatamente si recibe por error información o material destinado a otras personas y colabore con nosotros para devolver esa información o material lo antes posible.

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que usa para manejar su problema depende de dos cosas:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o el **programa Medicaid de Michigan**. Si desea ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.
2. El tipo de problema que tenga:
 - Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**, también denominadas reclamos.

Estos procesos han sido autorizados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y lo que debería hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más simples, en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, aparece presentar una queja en lugar de interponer un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización, determinación de cobertura o determinación de riesgo y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de revisión independiente.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y a veces es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor precisión y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le brindamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se incluyen dos entidades que pueden ayudarlo.

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

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

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará números de teléfono y URL de sitios web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información del programa Medicaid de Michigan

Método	Programa de asistencia Medicare/Medicaid de Michigan (MMAPI): información de contacto
LLAME AL	800.803.7174 o marque 211
ESCRIBA A	MMAPI 6105 W St. Joseph Hwy, Suite 204 Lansing, MI 48917-4850
SITIO WEB	mmaapi.org

Método	Livanta LLC (Organización para la mejora de la calidad de Michigan): información de contacto
LLAME AL	888.524.9900, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local Fines de semana/días festivos: de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local
TTY	888.985.8775 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
FAX	855.236.2423
ESCRIBA A	Livanta LLC, BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.livanta.com

El Enlace de salud de Ombudsman de Michigan brinda asistencia a las personas inscritas en el programa Medicaid de Michigan con problemas relacionados con el servicio o la facturación. Pueden ayudarle a presentar un reclamo o una apelación con nuestro plan.

Método	Enlace de salud de Ombudsman de Michigan: información de contacto
LLAME AL	888.746.6456, lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	help@MHLO.org
SITIO WEB	mhlo.org/

El Programa Ombudsman de Atención a Largo Plazo de Michigan ayuda a las personas a obtener información sobre los centros de cuidados y a resolver problemas entre los centros de cuidados y los residentes o sus familiares.

Método	Programa Ombudsman de atención a largo plazo de Michigan: información de contacto
LLAME AL	866.485.9393, lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	15851 S. US 27, Suite 73 Lansing, MI 48906
SITIO WEB	mltcop.org/

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

Debido a que usted tiene Medicare y recibe asistencia del programa Medicaid de Michigan, hay diferentes procesos que puede usar para tratar su problema o queja. El proceso que usted utilice dependerá de si el problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios del programa Medicaid de Michigan. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicare, entonces debe usar el proceso de Medicare. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por el programa Medicaid de Michigan, entonces debe usar el proceso del programa Medicaid de Michigan. Si desea ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el proceso del programa Medicaid de Michigan, o ambos, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

El proceso de Medicare y el proceso del programa Medicaid de Michigan se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice el siguiente cuadro.

¿Su problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios del programa Medicaid de Michigan?

Si desea ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los del programa Medicaid de Michigan, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente.

Mi problema es sobre los beneficios de **Medicare**.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare**.

Si su problema está relacionado con la cobertura del **programa Medicaid de Michigan**.

Vaya a la **Sección 12** de este capítulo, **Manejo de problemas sobre sus beneficios del programa Medicaid de Michigan**.

PROBLEMAS SOBRE LOS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 **Manejo de problemas sobre los beneficios de Medicare**

Sección 4.1	¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?
--------------------	---

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. El siguiente cuadro le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para los problemas o las quejas sobre **los beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre los beneficios de **Medicare**, utilice este cuadro:

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica (los artículos médicos, servicios o medicamentos con receta de la Parte B) se cubre o no, la forma en que se cubren y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5, Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones**.

No.

Vaya a la **Sección 11**, al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes**.

SECCIÓN 5 Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general
--

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente hacemos referencia a artículos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted debe usar el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que se cubre.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación a la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su doctor de la red del plan lo deriva a un especialista médico que no pertenece a la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su doctor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o que la Evidencia de Cobertura deje claro que el servicio al cual fue derivado no está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su doctor, además, puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su doctor no está seguro de que cubramos un servicio médico en particular, o se rehúsa a brindar atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un tipo de atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, la solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no está cubierta por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho, ya sea antes o después de recibir un beneficio, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada

de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si cumplimos con las normas de forma correcta. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas la solicitud de apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para la atención médica, esta pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no se relaciona con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación para la atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para más información sobre apelaciones de Nivel 2.
- Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 7 de este capítulo).

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 10 de ese capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación
--------------------	--

A continuación, se incluyen algunos recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos al Servicio de Atención al Cliente**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).
- **Su doctor puede realizar la solicitud por usted**. Si su doctor lo asiste con una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente y solicite el formulario “*Appointment of*

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

Representative” (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).

- Su doctor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre para la atención médica. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos recetados de la Parte D, su doctor u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada, su doctor o la persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su **representante** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, un familiar, u otra persona sea su representante, llame a nuestro Servicio de Atención al Cliente y pida el formulario “*Appointment of Representative*” (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de derivación. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para pedir algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 5.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?
--------------------	---

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que le están dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 9** de este capítulo: Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios*: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame al Servicio de Atención al Cliente. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.

SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura
------------------	--

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos por su atención
--------------------	---

Esta sección describe sus beneficios para la atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)*. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención.
Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.

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

2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su doctor u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que cree que el plan debería cubrir, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o se interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se denomina **decisión acelerada**.

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

Una decisión de cobertura estándar suele tomarse en un plazo de 14 días o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos o de 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo puede solicitar la cobertura de artículos médicos o servicios (no puede solicitar el pago de artículos o servicios ya recibidos).*
- *Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si los plazos estándar podrían poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*

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

- Si su doctor nos dice que su salud exige una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente proporcionarle una decisión de cobertura rápida.
- Si nos pide la decisión de cobertura rápida usted mismo, sin el apoyo de su doctor, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar
 - Explique que, si su doctor pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
 - Explique que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pida a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura para atención médica que usted desea. Usted, su doctor o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para decisiones de cobertura estándar, usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de **14 días calendario** después de que recibamos su solicitud de un artículo o servicio médico. Si solicita un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta en un **plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos un calendario acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas, si solicita un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener más información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted puede presentar una apelación.

Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1
--------------------	---

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina reconsideración del plan.
Una apelación rápida también se denomina reconsideración acelerada .

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo 30 días o de 7 días para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas.

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

- Si apelará una decisión que tomamos sobre la cobertura para atención médica que todavía no ha recibido, usted o su doctor deberá decidir si necesita una apelación rápida. Si su doctor nos dice que su salud exige una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, que aparecen en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito o presente la solicitud de apelación en línea.** También puede solicitar una apelación comunicándose con nosotros. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para solicitar una apelación rápida, preséntela por escrito o comuníquese con nosotros.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su doctor pueden añadir más información para sustentar su apelación.**

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, realizamos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- En caso de ser necesario, recopilaremos más información comunicándonos con usted o con su doctor.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por

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

- escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
 - **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
 - **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente remitiremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta en el plazo establecido, (o al final de la extensión del plazo) enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4	Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2
--------------------	--

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se la denomina IRE (del inglés Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente** es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene ninguna relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente más información para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo médico o servicio, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en el plazo de 72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de **14 días calendario** de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar** o proporcionar el servicio **en un plazo de 72 horas** de la fecha en que el plan recibe la decisión de la Organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare **en el plazo de 72 horas** de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar** o **en un plazo de 24 horas** de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud de cobertura para atención médica (o parte de ella) no se debe autorizar. (Esto se llama **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión.
 - Notificándole su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para atención médica que solicita alcanza un determinado mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le

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

indicará la cantidad en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.

- Indicándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos pide que le reembolsemos por una factura que usted recibió por concepto de atención médica?

No podemos reembolsarle directamente por un servicio o artículo del programa Medicaid de Michigan. Si recibe una factura por más de su copago por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Sin embargo, si usted paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las reglas para obtener el servicio o artículo.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente solicitando un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si usted ha cumplido con todas las normas para el uso de su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura, y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago del costo en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3.

En el caso de las apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, tendremos que enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Sus beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para tener cobertura, su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre las normas, restricciones, costos y medicamentos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección, se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término “Lista de Medicamentos” en lugar de *Lista de Medicamentos Cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir de la manera como está hecha, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una determinación de cobertura .

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación a la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pidiendo que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Pidiendo que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Pidiendo la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Pagando por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos un reembolso. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la “Lista de Medicamentos” se denomina, en ocasiones, excepción al formulario .
Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, excepción al formulario .
Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una excepción de nivel .

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su doctor o la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su doctor o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figure en nuestra “Lista de Medicamentos”.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la “Lista de Medicamentos”, deberá pagar la cantidad de costo compartido que se aplique a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar que hagamos una excepción a la cantidad de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra “Lista de Medicamentos”.

Sección 7.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones
--------------------	--

Su doctor debe explicarnos las razones médicas

Su doctor o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su doctor o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la “Lista de Medicamentos” incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que usted solicita y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año del plan. Será válida mientras su doctor siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión de nuestra decisión mediante una apelación.

Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Término legal

Una decisión de cobertura rápida se denomina una determinación de cobertura acelerada .
--

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

Las decisiones de cobertura estándar se realizan en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su doctor. **Las decisiones de cobertura rápida** se realizan en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su doctor.

Si su salud lo exige, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Estar solicitando un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Utilizar los plazos estándar podrían poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su doctor o la persona autorizada a dar recetas nos dice que su salud exige una decisión de cobertura rápida, le proporcionaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide la decisión de cobertura rápida usted mismo sin el apoyo de su doctor ni de la persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explique que, si su doctor u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
 - Le indique cómo presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura para atención médica que usted desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el Formulario de solicitud de determinación de

cobertura del modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Usted, su doctor (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que constituye las razones médicas para la excepción. Su doctor o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O su doctor o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y, después, enviar una declaración escrita por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente, deberemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su doctor. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración del doctor que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Generalmente, deberemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su doctor. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

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

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del doctor que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de medicamento que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación**.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo de 7 días. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo exige, solicite una apelación rápida.

- Si apelará una decisión que tomamos acerca de un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su doctor o la persona autorizada a dar recetas deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su doctor u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida.**

- **En el caso de las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o comuníquese con nosotros al 833.939.0983.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura del modelo de CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos, o que le

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

hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su doctor pueden añadir más información para sustentar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su doctor o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar para un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le daremos la respuesta antes si aún no ha recibido el medicamento y su salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más tarde de **7 días calendario** después de que recibamos su apelación. **Si rechazamos una parte o la**

totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- Si **aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si **rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE** (del inglés Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente** es una **organización independiente contratada por Medicare**. No tiene ninguna relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, doctor u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del

plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **riesgo** bajo nuestro programa de administración de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamación a la IRE.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente más información para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo exige, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si usted solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

Para apelaciones estándar:

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión en un plazo de 72 horas después de que recibamos la decisión de dicha organización.
- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario después de que recibamos la decisión de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicita alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que usted solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión de Nivel 2 es definitiva.
- Informándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando lo ingresan en un hospital, usted tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su doctor y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su doctor o el personal del hospital se la comunicará.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos
--

Dentro de los dos días siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todos los miembros de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita asistencia, llame al Servicio de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Le informa sobre:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta, según lo indique su doctor. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta hospitalaria si considera que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta constituye una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha del alta para que su atención hospitalaria se cubra por más tiempo.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. Guarde la copia del aviso en un lugar práctico para tener acceso a la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
- Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, tendrá que recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio de Atención al Cliente. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** se compone de un grupo de doctores y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta**.
 - **Si usted cumple con este plazo**, podrá permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y aún desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a que hayamos sido contactados, le entregaremos un **Aviso detallado del alta**. En este aviso se indica su fecha prevista del alta y se explican en detalle las razones por las que su doctor, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Para obtener una muestra del Aviso detallado del alta, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su doctor y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá de parte nuestra un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su doctor, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (medicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta de su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir prestándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión la *rechaza*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior** al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta de su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta de su apelación.

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

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que avanzará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de la hospitalización posterior a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *haya rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando la cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, usted tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar su apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria?
--------------------	--

Término legal

A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina apelación acelerada .

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, deberá actuar con rapidez para iniciar la apelación de Nivel 1 de su alta hospitalaria. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándar. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Observamos si la decisión sobre cuándo debería irse del hospital fue justa y cumplió con todas las normas.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de que usted pida una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con que usted sigue necesitando la hospitalización después de la fecha del alta. Continuaremos prestándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativo*

Término legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se la denomina IRE (del inglés Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente** es una **organización independiente contratada por Medicare**. No tiene ninguna relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

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

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le hayamos informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que usted recibió desde la fecha prevista del alta. También debemos seguir brindando la cobertura del plan para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si tiene limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
- El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez administrativo o un mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión, o avanzar hacia la apelación de Nivel 3.
- La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 **Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto**

Sección 9.1 ***Esta sección trata solo acerca de tres servicios: Servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)***

Cuando recibe **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 **Le comunicaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura**

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa sobre cómo puede solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

- 1. Usted recibirá un aviso por escrito** al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informará sobre:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que continuemos cubriendo su atención durante un período de tiempo más prolongado.
- 2. Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado
--------------------	---

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio de Atención al Cliente. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día previo a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, y aún desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que brinda detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también consultará su información médica, hablará con su doctor y revisará la información que le haya dado nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de parte nuestra donde se explicarán detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores la aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir prestándole los servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

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

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *haya rechazado* su apelación de Nivel 1. Podría pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir brindando la cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para avanzar hacia el siguiente nivel de apelación, que es manejada por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, usted tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay otros tres niveles de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, deberá actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Término legal
A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina apelación acelerada .

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una revisión rápida.

- **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándar. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre cuándo dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de que usted pida una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con que usted necesita esos servicios durante más tiempo, y seguiremos prestándole los servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, entonces su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se la denomina IRE (del inglés Independent Review Entity).

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativo*

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su apelación rápida. Esta organización determina si la decisión se debe cambiar. **La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa que Medicare elige para que sea la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviamos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le hayamos informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que usted recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si tiene limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación y no la cambiará.
- En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea avanzar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es revisada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de una decisión tomada en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, avanzará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del juez administrativo o mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionarle la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de apelaciones trabaja para el gobierno federal.

- **Si se acepta su apelación o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable para una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de una decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si se rechaza su apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar o rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que ha apelado alcanza una cantidad en dólares determinada, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado. Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos que aprobó el juez administrativo o mediador dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de apelaciones trabaja para el gobierno federal.

- Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado. Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos que aprobó el Consejo dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, en el aviso se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar o rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden tratarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio de atención al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro Servicio de Atención al Cliente? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a doctores, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O a nuestro Servicio de Atención al Cliente u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de consulta o para recibir una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un doctor?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le hemos dado un aviso con la debida antelación? • ¿Nuestra información escrita es difícil de comprender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la <i>puntualidad</i> de nuestras medidas respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si ha pedido una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos ha pedido una decisión de cobertura rápida o ha solicitado una apelación rápida, y rechazamos su pedido; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para reembolsarle o cubrir determinados artículos médicos, servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Considera que no hemos cumplido los plazos exigidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
• Una queja también se denomina reclamo. • Presentar una queja también se denomina interponer un reclamo. • Utilizar el proceso de quejas también se denomina usar el proceso para interponer un reclamo. • Una queja rápida también se denomina reclamo acelerado.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- Por lo general, el primer paso consiste en llamar al Servicio de Atención al Cliente. Si debe hacer algo más, el Servicio de Atención al Cliente se lo indicará.
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

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

- Todos los reclamos deben presentarse en un plazo de 60 días calendario a partir del acontecimiento o incidente. No se aceptará ningún reclamo fuera de este plazo.
- En el caso de los reclamos estándar, intentamos resolver las inquietudes en el primer punto de contacto. Si esto no es posible, intentaremos hacerlo en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha de recepción de su reclamo. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario si pide una extensión o si necesitamos información adicional y demoramos nuestra respuesta para su conveniencia. Los CMS nos obligan a responder por escrito a todos los reclamos.
- Puede solicitar un reclamo acelerado siempre que extendamos el plazo para tomar una determinación de organización o cobertura, amplíemos el plazo para tomar una decisión de reconsideración o redeterminación, deneguemos su solicitud de apelación acelerada o deneguemos su solicitud de determinación de la organización acelerada. Si desea presentar un reclamo acelerado, puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente. Para los reclamos acelerados, respondemos verbalmente en 24 horas si reclamo se recibe oralmente. Si el reclamo acelerado se recibe por escrito, responderemos verbalmente en un plazo de 24 horas Y por escrito en un plazo de tres (3) días calendario a partir de la notificación verbal. Tenga en cuenta que, si al revisar su solicitud de reclamo acelerado vemos que retrasar nuestra decisión no lo perjudicará gravemente desde el punto de vista médico, no aceptaremos la solicitud. Manejaremos su solicitud según los plazos estándar.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que se quiere quejar.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta en esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, le concederemos automáticamente una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le brindemos.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de doctores en ejercicio y otros expertos de la salud a quienes el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante nosotros y la Organización para la mejora de la calidad al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre **PriorityMedicare D-SNP** directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DEL PROGRAMA MEDICAID DE MICHIGAN

SECCIÓN 12 Manejo de problemas sobre sus beneficios del programa Medicaid de Michigan

Si tiene una queja, reclamo o apelación relacionada con los servicios cubiertos, y:

- Está inscrito en Priority Health Medicaid, llame o comuníquese con nosotros en línea:

Método	Priority Health Medicaid – Información de contacto
LLAME AL	888.975.8102
	Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Priority Health Medicaid – Información de contacto
TTY	888.551.6761 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
HORARIO DE ATENCIÓN	7:30 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a jueves 9:00 a. m. a 5:00 p. m., viernes 8:30 a. m. a 12:00 p. m., sábado
SITIO WEB	Envíenos un mensaje seguro a través de nuestro sitio web en <i>priorityhealth.com</i>

- Si está inscrito con otro asegurador de Medicaid, comuníquese con la Línea de ayuda para beneficiarios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (Michigan Department of Health and Human Services, MDHHS):

Método	Línea de ayuda para beneficiarios del MDHHS - Información de contacto
LLAME AL	800.642.3195 Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	866.501.5656 Las llamadas a este número son gratuitas.
HORARIO DE ATENCIÓN	8:00 a. m. a 7:00 p. m., lunes a viernes

CAPÍTULO 10:

*Cancelación de su membresía en el
plan*

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en **Priority**Medicare D-SNP puede ser **voluntaria** (cuando lo decide usted) o **involuntaria** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque usted ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación voluntaria de su membresía.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no decide cancelar su membresía, pero nos vemos obligados a hacerlo. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted deja nuestro plan, este debe seguir proporcionándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Es posible que usted pueda cancelar su membresía debido a que tiene Medicare y el programa Medicaid de Michigan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene el programa Medicaid de Michigan, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de Inscripción Especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si usted se inscribió en nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar al próximo período para cancelar su membresía o cambiarse a un plan diferente. No puede utilizar este Período de Inscripción Especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre, durante el Período de Inscripción Anual. La Sección 2.2 brinda más información sobre el Período de Inscripción Anual.

- **Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:**
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

- Medicare Original sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Si escoge esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditada para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con la Oficina Estatal de Medicaid para obtener información sobre las opciones de planes del programa Medicaid de Michigan (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Generalmente, su membresía se cancelará al final del primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Anual
--------------------	--

Usted puede cancelar su membresía durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como Período de Inscripción Abierta Anual). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de Inscripción Anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija si desea mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

O

- Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **Su membresía en nuestro plan se cancelará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditada para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Sección 2.3	Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage
--------------------	--

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de Inscripción Abierta** anual de Medicare Advantage.

- **El Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en otro plan de Medicare Advantage o de que recibamos su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de Inscripción Especial
--------------------	---

En determinadas situaciones, usted puede ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de Inscripción Especial si alguna de las siguientes situaciones aplica a su caso. Estos son solo ejemplos; para

obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Si se mudó fuera del área de servicio del plan.
- Si tiene el programa Medicaid de Michigan.
- Si es elegible para recibir “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC).
- Si se inscribe en el Programa de atención integral para personas de edad avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Nota:** Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas que tienen el programa Medicaid de Michigan.

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

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

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditada para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar de plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas que tienen el programa Medicaid de Michigan y la Ayuda Adicional.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede:

- **Llamar al Servicio de Atención al Cliente.**
- Encontrar la información en el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024).
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 **¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?**

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Su inscripción en PriorityMedicare D-SNP se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del plan nuevo.
• Medicare Original <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Su inscripción en PriorityMedicare D-SNP se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del plan nuevo.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Medicare Original <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. ○ Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática. ○ Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditada para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.	• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto. • También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en PriorityMedicare D-SNP se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditada para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de su programa Medicaid de Michigan, comuníquese con la Línea de ayuda para beneficiarios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan al 1.800.642.3195 (o 1.866.501.5656 para los usuarios de TTY), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Consulte de qué forma la inscripción en otro plan o la reintegración a Medicare Original afecta su cobertura del programa Medicaid de Michigan.

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 de **Priority**Medicare D-SNP, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo artículos médicos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o de pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.
- Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que lo den de alta (incluso si lo dan de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 PriorityMedicare D-SNP debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

PriorityMedicare D-SNP debe cancelar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para el programa Medicaid de Michigan. Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para el programa Medicaid de Michigan. Tiene hasta seis meses para intentar recuperar la condición de cobertura plena de Medicaid. Si no recupera su condición al final del período considerado de elegibilidad continua, se cancelará su inscripción. Si se le da de baja, dispondrá de tres meses para elegir un nuevo plan de Medicare en el momento de la cancelación de la inscripción.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrezca cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para ser miembro de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
- Si permanentemente se comporta de una forma que sea perturbadora y nos dificulte brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos

hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).

- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar una cantidad adicional de la Parte D por sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

PriorityMedicare D-SNP no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos para dicha cancelación. Además, debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (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, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de reclamaciones, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.hhs.gov/ocr/index.html

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio de Atención al Cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Servicio de Atención al Cliente puede ayudarlo.

Priority Health cumple con las leyes de derechos civiles federales y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Priority Health no excluye personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Priority Health:

Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:

- Intérpretes de lengua de señas calificados
- Información escrita en otros formatos

Capítulo 11 Avisos legales

Proporciona servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Priority Health Medicare al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días a la semana.

Si cree que Priority Health no proporcionado estos servicios o ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo en: Priority Health Medicare Customer Service, 1231 East Beltline Ave. NE, Grand Rapids, MI 49525-4501, teléfono: 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), fax: 616.975.8826, correo electrónico: MedicareCS@priorityhealth.com. Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, un representante del servicio de atención al cliente está a su disposición para ayudarlo. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de forma electrónica a través de su Portal en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de quejas están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del CFR, **Priority**Medicare D-SNP, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre la coordinación de beneficios con terceros pagadores

Sección 4.1 Derechos de recuperación

Como se explicó en la Sección 7 del Capítulo 1 (“Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan”), coordinamos beneficios con terceros pagadores según las normas establecidas por Medicare. Incorporamos esas normas de Medicare en esta Evidencia de Cobertura (consulte “Más información” a continuación) en la medida que lo permita la ley. Los terceros pagadores

Capítulo 11 Avisos legales

incluyen, entre otros, otra cobertura del plan de salud, seguros de responsabilidad civil (como seguros de responsabilidad civil de automóviles o de propietarios de viviendas), coberturas de automovilista con seguro insuficiente o sin seguro, coberturas “Med-Pay”, planes o seguros de compensación laboral, seguro exento de sanción de culpabilidad, entidades autofinanciadas que proporcionan dicha cobertura y cualquier otra entidad o persona que sería un pagador principal en virtud de las disposiciones de Pagador secundario de Medicare. Según las normas de Medicare, tenemos derecho a recuperar las cantidades que pagamos por los servicios de los que son responsables los terceros pagadores, incluidas las cantidades que estos le pagan a usted.

Sección 4.2 Subrogación y reembolso

Nuestros derechos de recuperación incluyen un derecho de subrogación (que significa que podemos ponernos en su lugar y demandar directamente a un tercero por las cantidades que pagamos por los servicios que le prestamos como consecuencia de una enfermedad o lesión) y un derecho de reembolso (que significa que tenemos derecho a que nos reembolsen los cobros de dinero que usted reciba o haya recibido de terceros por las cantidades que pagamos por los servicios que le prestamos como consecuencia de una enfermedad o lesión). Se nos otorgan los derechos de subrogación y reembolso que Medicare tiene en virtud de la disposición Pagador secundario de Medicare, en la medida que lo permita la ley. La Ley del Seguro Social se antepone a las leyes o requisitos estatales que podrían de otra forma interferir con estos derechos. Nuestros derechos de recuperación no se ven limitados por las estipulaciones de los acuerdos de conciliación, a menos que seamos parte del acuerdo. Cuando actuamos como proveedor de servicios médicos, nuestra recuperación se basará en el valor razonable de los beneficios proporcionados.

Sección 4.3 Derecho de retención sobre las ganancias

Tendremos un derecho de retención sobre las ganancias de cualquier sentencia, acuerdo u otra recompensa o recuperación que reciba de un tercero pagador por cualquier pago que hayamos efectuado por los servicios de atención médica que le hayamos prestado y se relacionen con las ganancias. Nuestro derecho de retención será la reclamación de primera prioridad sobre las ganancias. Debe conservar las ganancias en fideicomiso para nosotros. La transferencia de las ganancias a un tercero no anula nuestros derechos de recuperación si las ganancias eran o son para su beneficio.

Sección 4.4 Aviso de un posible tercero pagador

Debe enviarnos un aviso tan pronto como sea posible, pero en cualquier caso dentro de treinta (30) días, sobre la presentación de una reclamación o una acción legal contra una persona o entidad que pueda ser un tercero pagador con respecto a los servicios que le proporcionaron

Capítulo 11 Avisos legales

como consecuencia de una enfermedad o lesión. Su aviso debe ser por escrito y explicar los motivos de la reclamación. Envíe su aviso a:

Priority Health

Medicare Advantage Subrogation Unit, MS 2205

1231 East Beltline NE

Grand Rapids, Michigan 49525

Sección 4.5 Cooperación

Cuando se solicite, deberá reconocer por escrito nuestros derechos de recuperación. Sin embargo, nuestros derechos de recuperación no dependen de su reconocimiento. Debe comunicarnos por escrito, tan pronto como sea posible, cualquier situación que pueda afectar nuestros derechos conforme a esta sección. Debe cooperar con nosotros para ayudarnos a proteger nuestros derechos conforme a esta sección. Ni usted, ni nadie que actúe en su nombre, puede hacer algo que perjudique nuestros derechos conforme a esta sección. Podemos recuperar de usted los gastos en los que incurramos debido a su falta de cooperación para hacer cumplir nuestros derechos conforme a esta sección.

Sección 4.6 Más información

Esta Sección 4 contiene un resumen de nuestros derechos en virtud de las disposiciones Pagador secundario de Medicare. Incorporamos las disposiciones Pagador secundario de Medicare en esta Evidencia de Cobertura, en la medida que lo permita la ley. Para obtener más información, consulte las disposiciones sobre Pagador secundario de Medicare en la Sección 1862(b) de la Ley del Seguro Social (Sección 1395y(b) del Título 42 del CFR) y subpartes B a H de la Parte 411 del Título 42 del CFR.

Sección 4.7 Definición

Para los fines de esta Sección 4, “usted” significa usted, su herencia, su tutor o cualquier otra persona que actúe en su nombre.

SECCIÓN 5 Aviso sobre la Evidencia de Cobertura: términos vinculantes

Al inscribirse en nuestro plan y aceptar los beneficios bajo esta Evidencia de Cobertura, usted acepta los términos de esta Evidencia de Cobertura, incluidos los términos de este Capítulo 11.

SECCIÓN 6 Aviso sobre prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Nuestro compromiso con usted

Priority Health comprende la importancia de manipular la información de salud protegida (protected health information, PHI) con cuidado. Nos comprometemos a proteger la privacidad de la información de salud de nuestros miembros en todos los ámbitos. Las leyes estatales y federales requieren que garanticemos la privacidad de su información de salud. Cuando se inscribe en Priority Health o utiliza los servicios prestados por uno de los planes de Priority Health, su PHI puede ser divulgada a Priority Health y por Priority Health. Esta información se utiliza y divulga para coordinar y supervisar su tratamiento médico, pagar sus reclamaciones médicas y para otros fines descritos a continuación.

La ley federal exige que le proporcionemos este Aviso sobre prácticas de privacidad. Este Aviso establece nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. Además, establece sus derechos conforme a estas leyes con respecto al uso y la divulgación de su información de salud. Priority Health está obligada por ley a cumplir con los términos del Aviso que se encuentra vigente en la actualidad. También estamos obligados a notificar a las personas afectadas tras una violación de la PHI no segura.

Uso y divulgación de su información de salud

Las siguientes secciones describen las formas en que Priority Health utiliza y divulga su información de salud sin su autorización. Su información de salud no se comparte con nadie que no tenga “necesidad de conocerla” para realizar una de las tareas que se indican a continuación.

Tratamiento. Priority Health puede utilizar o divulgar su información de salud a profesionales que lo estén tratando y para coordinar y supervisar su atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar información sobre sus medicamentos con receta a su doctor para que pueda comprender mejor cómo proporcionarle atención médica.

Pago. Priority Health puede utilizar su información de salud o divulgarla a terceros para cobrar primas, establecer la elegibilidad o pagar su atención médica. Por ejemplo, podemos utilizar su información de salud cuando recibimos una reclamación de pago. Su reclamación nos informa qué servicios recibió y puede incluir un diagnóstico. También podemos divulgar esta información a otro asegurador si usted tiene cobertura de más de un plan de salud.

Operaciones de atención médica. Priority Health puede utilizar o divulgar su información de salud a terceros para asistir en las actividades laborales diarias de Priority Health, como evaluar la calidad de su atención, realizar una revisión del uso y llevar a cabo programas de control de enfermedades. Por ejemplo, su información de salud (junto con la de otros miembros de Priority

Capítulo 11 Avisos legales

Health) puede ser utilizada por el personal de Priority Health para revisar la calidad de la atención prestada por los proveedores de atención médica. Priority Health también puede utilizar y divulgar su información de salud para la suscripción, inscripción y otras actividades relacionadas con la creación, renovación o reemplazo de un plan de beneficios. Sin embargo, Priority Health no puede utilizar ni divulgar información genética para decidir si le proporcionará cobertura y el precio de esta.

Tenga en cuenta que no destruimos su información personal cuando finaliza su cobertura con nosotros. Puede ser necesario utilizar y divulgar esta información para los fines descritos anteriormente, incluso después de que finalice su cobertura, aunque se mantendrán las políticas y los procedimientos para protegerla contra el uso o la divulgación inadecuados.

A usted y a su representante personal. Podemos divulgarle su PHI a usted o a sus representantes personales (alguien que tiene el derecho legal de actuar en su nombre).

A otras personas que participan en su atención. En determinadas circunstancias, podremos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, la PHI directamente relevante para la participación de esa persona en su atención médica o el pago de la atención médica. Por ejemplo, podemos analizar con usted una decisión sobre una reclamación en presencia de un amigo o un familiar, salvo que usted se oponga.

Si no puede decirnos sus preferencias, por ejemplo, si está inconsciente, compartiremos su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para aminorar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

Este aviso también se aplica al Acuerdo de atención médica organizada (Organized Health Care Arrangement, OHCA) de Priority Health entre Priority Health y Corewell Health. Priority Health compartirá la PHI con Corewell Health para los fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Priority Health se reserva el derecho de modificar la participación en su OHCA de cualquier persona u organización.

Otros usos y divulgaciones permitidos o exigidos sin su autorización escrita.

Priority Health está autorizada o tiene la obligación de compartir su información de otras formas, normalmente para contribuir al bien público, como la salud pública y la investigación. Además, Priority Health puede utilizar o divulgar su información de salud:

- Cuando lo exija la ley.
- Para los fines del cumplimiento de la ley.
- Cuando sea necesario para los procedimientos judiciales o administrativos (es decir, para el tribunal).
- Para el cumplimiento de los requisitos de compensación laboral, según lo autorice la ley aplicable.

Capítulo 11 Avisos legales

- Para diversas funciones gubernamentales, como la divulgación a organismos de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, a las Fuerzas Armadas para el personal activo, a las Agencias de Inteligencia para la seguridad nacional y al Departamento de Estado por motivos de servicios en el extranjero (por ejemplo, autorización de seguridad).
- Según sea necesario para que un doctor forense, examinador médico, funcionario del cumplimiento de la ley o director de funeraria lleve a cabo sus obligaciones legales con respecto a una persona fallecida o a organizaciones de donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos cadavéricos.
- Para asuntos de interés público.
- Para informar el abuso, abandono o violencia doméstica de adultos.
- Para prevenir una amenaza grave para la salud y la seguridad de una persona o una comunidad. Para informar a las organizaciones de obtención de órganos y donación de tejidos.
- Para actividades de salud y seguridad pública, incluido el control de enfermedades y el informe del Registro Civil, el informe de abusos de menores y la supervisión de la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- Para fines de investigación (siempre que se cumplan las normas de privacidad de investigación aplicables).
- Para hacer una recopilación de información “anónima” que no pueda localizarlo.
- Ocasionalmente, contratamos a terceros denominados socios comerciales para que nos presten diversos servicios. Siempre que un acuerdo con dicho tercero implique el uso o la divulgación de su PHI, tendremos un contrato escrito con dicho tercero diseñado para proteger la privacidad de su PHI. Por ejemplo, podemos compartir su información con los socios comerciales que procesan las reclamaciones o llevan a cabo programas de control de enfermedades en nuestro nombre.

Divulgación a los patrocinadores del plan de salud

(Esta sección del Aviso sobre prácticas de privacidad solo se aplica a los planes de salud grupales).

Priority Health puede compartir información con el patrocinador de su plan colectivo (por lo general, su empleador) sobre si está inscrito o se ha cancelado su inscripción en el plan. Priority Health también puede compartir “la información de salud resumida” con el patrocinador. La información de salud resumida elimina la mayor parte de los datos de identificación (como su nombre, edad y dirección, salvo el código postal) y resume la cantidad, el tipo y el historial de las reclamaciones abonadas en virtud del plan de salud colectivo del patrocinador. El patrocinador puede utilizar esta información para obtener ofertas de primas para la cobertura del seguro de salud o para decidir si modifica, enmienda o pone fin al plan. Si el patrocinador de su plan de salud colectivo toma las medidas adecuadas para cumplir con las regulaciones de privacidad federales, Priority Health también podrá revelar su PHI al patrocinador para que administre el plan de salud colectivo.

Otros usos de la información de salud, solo con autorización

Priority Health no podrá utilizar ni divulgar su PHI sin su autorización escrita, salvo como se describe en este aviso. Puede autorizarnos por escrito a utilizar su PHI o divulgarla a cualquier persona con cualquier fin. Si nos brinda una autorización escrita, puede revocarla (retirla) en cualquier momento al notificar por escrito al departamento de Cumplimiento de Priority Health. Si revoca su autorización, dejaremos de utilizar o divulgar su información de salud por los motivos contemplados en su autorización, pero esto no afectará ningún uso ni divulgación permitidos por la autorización mientras estaba vigente. También debemos obtener su autorización escrita para vender información sobre usted a terceros o, en la mayoría de las circunstancias, para utilizar o divulgar su PHI para enviarle comunicaciones sobre productos y servicios. Sin embargo, no necesitamos su autorización escrita para enviarle comunicaciones sobre alternativas de tratamiento, recordatorios de tratamiento, productos o servicios relacionados con la salud, siempre que los productos o servicios estén asociados a su cobertura o los ofrezcamos nosotros.

Nunca venderemos su PHI ni la utilizaremos o divulgaremos con fines comerciales sin su autorización escrita.

Debemos recibir su autorización escrita para divulgar notas de psicoterapia, excepto para determinadas actividades de tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

Uno de sus padres, un tutor legal o un defensor del paciente debidamente designado puede representarlo y proporcionarnos una autorización (o puede revocarla) para utilizar o divulgar información de salud sobre usted si no puede proporcionar una autorización. Es posible que se requieran documentos judiciales para verificar esta autoridad.

Posible impacto de otras leyes aplicables

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) no suele prevalecer ni anular otras leyes que les otorguen a las personas más protecciones de privacidad. Por lo tanto, si alguna ley de privacidad estatal o federal nos exige que le proporcionemos más protecciones de privacidad, estamos obligados a cumplir con esa ley además de la HIPAA.

Sus derechos respecto a su información de salud

Tiene los siguientes derechos:

Derecho a inspeccionar y copiar. Tiene derecho a consultar y obtener una copia de la información de salud que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su atención y el pago de la misma, siempre que la conservemos. Existen circunstancias limitadas en las que podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar estos registros. Si se le deniega el acceso a la información de salud, puede solicitar que se revise la denegación. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle un cargo por el costo de las copias, el envío por correo y otros costos relacionados con su solicitud.

Capítulo 11 Avisos legales

Para inspeccionar y recibir una copia de su información de salud, comuníquese con el departamento de Cumplimiento de Priority Health.

Derecho a corregir su historial de salud y de reclamaciones. Tiene derecho a solicitar que Priority Health modifique cualquier información que utilicemos para tomar decisiones sobre usted. Por lo general, Priority Health no modificará estos registros si no los hemos creado o si determinamos que son precisos y están completos. Para solicitar que modifiquemos su información de salud, debe escribir al departamento de Cumplimiento de Priority Health e incluir un motivo que justifique el cambio.

Derecho a conocer un informe de divulgaciones. Tiene derecho a solicitar un “informe de divulgaciones”, que es una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información de salud durante los 6 años previos a la fecha de su solicitud, excepto los siguientes tipos de divulgaciones:

- Para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.
- A usted o su representante personal.
- Para los fines para los que dio su permiso escrito (autorización).
- Para fines de inteligencia o seguridad nacional.
- A instituciones penitenciarias o a las fuerzas del orden público, como se describe en este aviso.
- Como parte de un conjunto de datos limitado (una recopilación de información que no lo identifica directamente).

Su solicitud debe indicar en qué formato desea la lista (por ejemplo, impresa o electrónica). La primera lista que solicite en un plazo de 12 meses será gratuita. Podemos cobrarle por los costos de proporcionarle listas adicionales. Le notificaremos el costo y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que incurra en gastos.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar que se limite la información de salud que utilizamos o divulgamos sobre usted. La ley no nos obliga a aceptar a su solicitud. Si aceptamos su solicitud de restricción, la cumpliremos a menos que la información sea necesaria para proporcionar un tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, debe hacerlo por escrito al departamento de Cumplimiento de Priority Health. En su solicitud, debe indicarnos lo siguiente:

- Qué información desea limitar.
- Si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos.
- Para quién desea que se apliquen los límites.

Priority Health le notificará (por escrito o por teléfono) la recepción de su solicitud y las restricciones con las que estamos de acuerdo.

Capítulo 11 Avisos legales

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Puede solicitar que Priority Health se comunique con usted a través de medios alternativos o en un lugar alternativo. Por ejemplo, puede que desee que le enviemos información de salud (por ejemplo, la Explicación de beneficios [EOB] y otra información sobre reclamaciones) a una dirección diferente. Priority Health aceptará su solicitud si indica claramente por escrito que comunicarse con usted sin utilizar el lugar o los medios alternativos podría ponerlo en peligro. Priority Health se adaptará a su solicitud si es razonable, especifica el lugar o los medios alternativos y nos permite cobrar las primas y pagar las reclamaciones. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacerlo por escrito al departamento de Cumplimiento de Priority Health.

Derecho a una copia impresa de este aviso. Tiene derecho a recibir una copia impresa del aviso actual de Priority Health cuando lo solicite. Para obtener una copia impresa de este aviso, llame a nuestro departamento de Servicio de Atención al Cliente. De lo contrario, también puede imprimir una copia de este aviso desde nuestro sitio web ***priorityhealth.com***.

Quejas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Priority Health o la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Para presentar una queja ante Priority Health, llame por teléfono o envíe una explicación por escrito del problema al departamento de Privacidad de Priority Health. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

Nuestras responsabilidades

La ley nos exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su PHI.

Le informaremos con prontitud si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.

No utilizaremos ni compartiremos su información de otra forma distinta a la que se describe aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos avisa que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Cambios en este aviso

Priority Health se reserva el derecho a modificar en cualquier momento sus prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Cualquier término nuevo de este aviso surtirá efecto para toda la PHI que mantengamos, independientemente de cuándo fue creada o recibida. Proporcionaremos una copia del aviso nuevo (o información sobre los cambios en nuestras prácticas de privacidad y cómo obtener el aviso nuevo) en nuestro próximo envío anual a los miembros que en ese momento tengan la cobertura de alguno de nuestros planes de salud. El aviso nuevo también estará disponible cuando lo soliciten y se publicará en nuestro sitio web.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta sobre cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y cómo acceder a ella, comuníquese con el departamento de Privacidad de Priority Health.

Para cualquier otra pregunta o duda, comuníquese con el departamento de Cumplimiento de Priority Health.

Departamento de Cumplimiento de Priority Health:

Priority Health Compliance Department
1231 East Beltline NE
Grand Rapids, MI 49525
616.942.0954
800.942.0954

Departamento de Privacidad de Priority Health:

Priority Health
Chief Privacy Officer
100 Michigan Street NE
Grand Rapids, MI 49503
616.486.4113

Este aviso queda vigente a partir del 1 de septiembre de 2019

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Administrador de beneficios de medicamentos con receta: un administrador externo de programas de medicamentos con receta que gestiona las reclamaciones de procesamiento y pago de medicamentos con receta.

Alta: el alta se produce cuando deja un hospital para pacientes internados, un centro de enfermería especializada, una estancia en observación u otro entorno hospitalario para irse a casa o a un nivel de atención superior o inferior. Esto incluye cuando se le da el alta física del hospital a otro centro o a una unidad dentro del mismo centro. Consulte **Traslado** para obtener más información.

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: zona geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué doctores y hospitales usted puede utilizar, también suele ser el área en la que puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención a largo plazo: la atención a largo plazo es una variedad de servicios y apoyos para sus necesidades de cuidado personal. La mayor parte de la atención a largo plazo no es atención médica, sino una ayuda con las tareas personales básicas de la vida diaria, a veces denominadas actividades de la vida cotidiana (ADL). Los servicios a largo plazo excluidos son habitación y comida, como un centro de cuidados, y los servicios que no están médicamente relacionados.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: (1) presta un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autoadministrado: un medicamento autoadministrado es aquel que normalmente tomaría solo por vía oral, se lo colocaría en la piel (tópico), lo inyectaría por vía subcutánea o lo inhalaría.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa se indican en el formulario.

Auxiliar de atención médica a domicilio: una persona que presta servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda Adicional: un programa de Medicare o del Estado 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.

Biosimilar: un medicamento con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. En general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales; sin embargo, usualmente requieren una receta nueva para sustituir un producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que les permiten sustituir al producto biológico original en la farmacia sin una receta nueva, sujeto a las leyes estatales.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: la finalización de su cobertura de nuestro plan o por parte de este.

Cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierta cantidad, pagará la cantidad estándar de la prima y una cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso, también conocida como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima de la Parte B. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Cantidad máxima que paga de su bolsillo: la cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos. Las cantidades que paga por las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Verá un asterisco (*) en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 en los servicios, como sus beneficios complementarios, que no se aplican a la cantidad máxima que paga de su bolsillo dentro de la red. Si usted es elegible para asistencia con los costos compartidos del programa Medicaid de Michigan, no tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de su bolsillo que contaría para la cantidad máxima que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Si pierde su elegibilidad para Medicaid y entra en el período de gracia de 6 meses, usted es responsable del costo compartido de sus beneficios. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia del programa Medicaid de Michigan, muy pocos alcanzan este máximo que paga de su bolsillo).

Cantidad permitida: la cantidad máxima que el plan pagará a los proveedores por los servicios o suministros cubiertos.

Cargo máximo permitido: la cantidad de dinero más alta que los doctores y otros proveedores de atención médica que no participan con Medicare le pueden cobrar por un servicio cubierto. Esto se relaciona con el cargo límite, que es un 15% más que la cantidad aprobada por Medicare.

Centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación especializada prestados todos los días de manera continua en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede aplicar un enfermero matriculado o un doctor.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que presta principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro hospitalario para pacientes externos: un centro hospitalario para pacientes externos es un área de un hospital o un centro independiente centrado en proporcionar atención quirúrgica en el día, incluidos los procedimientos de diagnóstico y prevención. Un centro hospitalario para pacientes externos es diferente a un centro quirúrgico ambulatorio (ASC). Los ASC son una entidad jurídica identificable y separada de cualquier otro centro de atención médica, como un hospital, y los centros hospitalarios para pacientes externos son una entidad jurídica del hospital. Consulte “Centro quirúrgico ambulatorio”.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supera las 24 horas. Un ASC es diferente a un centro hospitalario para pacientes externos.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cirugía electiva: una cirugía que es un procedimiento quirúrgico planificado y no urgente.

Clínica de salud rural (Rural health clinic, RHC): una clínica que se encuentra en un área no urbanizada. Estas clínicas ofrecen atención primaria para pacientes externos y servicios de salud preventivos a las personas que se encuentran en áreas con escasez o falta de servicios médicos. Una clínica para pacientes externos es diferente a una RHC.

Cobertura acreditada para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare, por lo general, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cobertura de viaje del trasplante: cubriremos el reembolso para el transporte razonable (automóvil personal, automóvil de alquiler, autobús o avión) hasta un total máximo combinado de \$60 por día, sin superar los 5 días de viaje por tierra hacia y desde el centro aprobado por Medicare o \$300 por persona para un viaje en avión. Cubriremos el reembolso para el alojamiento (hotel, motel, instalaciones de estancia prolongada o apartamentos alquilados durante el período del episodio de atención) hasta un total máximo combinado de \$80 por día para el episodio de atención (es decir, hospitalización para el trasplante real). El máximo combinado diario para el miembro o acompañante elegible son pagaderos hasta un máximo combinado de \$160 por día para alojamiento y viaje por persona para el período del episodio de atención.

El reembolso total máximo por transporte y alojamiento razonables relacionados con el episodio de atención para un trasplante aprobado por Medicare es de \$6,000. Los siguientes servicios no se consideran directamente relacionados con el viaje o el alojamiento y no están cubiertos: comidas, bebidas alcohólicas, mantenimiento o reparaciones del automóvil; gastos de viajes, habitación y comida incurridos por el donante vivo; transporte del posible donante cadavérico al hospital del trasplante. El episodio de atención se define como el período que comienza cuatro (4) días antes del trasplante aprobado por Medicare y finaliza un año después de la fecha del trasplante si el miembro sigue con cobertura de un plan Priority Health 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 ni la Parte B de Medicare.

Copago: una cantidad que pueden pedirle que pague como la parte que le corresponde del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta con el doctor, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), más que un porcentaje.

Coseguro: una cantidad que pueden pedirle que pague, expresada en forma de porcentaje (por ejemplo, 20%), como la parte que le corresponde de los costos de los servicios o los medicamentos con receta después de que pague los deducibles.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su doctor le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe realizar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, su “costo compartido diario” es de \$1 por día.

Costo compartido: se refiere a las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) un deducible que el plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) un copago fijo que el plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) un coseguro, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento, que el plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio, un hogar, u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial que pueden brindar personas que no tienen habilidades ni capacitación profesional, incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o sentarse y levantarse de la silla, desplazarse, e ir al baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como ponerse gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y la cantidad, si la hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan acerca de si los servicios o artículos están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Diagnóstico: una prueba de diagnóstico, procedimiento o análisis realizado para buscar o controlar una enfermedad u otra afección. Se realiza para explicar los síntomas identificados por su doctor. Una prueba de diagnóstico no es lo mismo que una prueba de detección. Además, a veces, una prueba de detección se puede convertir en una de diagnóstico durante el procedimiento de la prueba de detección.

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

Equipo de adaptación: artículos que pueden ayudarle con la realización de actividades de la vida diaria (activities of daily living, ADL) si sus necesidades específicas cumplen con los requisitos de necesidad médica y lo receta su doctor. Algunos ejemplos incluyen las sillas de ducha, las tablas de transferencia y las sillas de ruedas.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos indicados por su doctor por razones médicas. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. Medicare exige que su equipo y suministros sean proporcionados por un proveedor participante de Medicare. Los proveedores de DME contratados de Priority Health Medicare son proveedores participantes en Medicare.

Etapas de Cobertura Inicial: esta es la etapa antes de que sus costos totales por sus medicamentos, incluidas las cantidades que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año alcancen \$5,030.

Etapas de Cobertura para Catástrofes: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado \$8,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Formulario (“Lista de Medicamentos” o Lista de Medicamentos Cubiertos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan y aprobados por Medicare.

Herramienta de beneficio en tiempo real: una aplicación del portal o la computadora en la que los afiliados pueden buscar el formulario específico para el afiliado y la información sobre beneficios completa, precisa, vigente y clínicamente adecuada. Esto incluye cantidades de costo compartido, medicamentos del formulario alternativos que se pueden utilizar para la misma afección de salud que el medicamento dado y restricciones de cobertura (Autorización previa, Tratamiento escalonado, Límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Podrá seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospital de cuidados agudos a largo plazo: un hospital de cuidados agudos a largo plazo (long-term acute care hospital, LTACH) proporciona servicios de cuidados agudos cuando un miembro tiene una enfermedad grave y, a menudo, tiene una afección médicamente compleja con diversas complicaciones que requiere una hospitalización prolongada.

Hospitalización: es cuando lo ingresan formalmente al hospital para que reciba servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo o en observación. Consulte también **Observación y Paciente externo**.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Ingreso: cuando ingresa en un hospital, puede ser trasladado dentro del mismo centro para recibir un tipo de servicio diferente (por ejemplo, rehabilitación aguda). Cuando esto ocurra, será responsable de un nuevo costo compartido por el nuevo servicio que reciba. NOTA: Es posible que a veces pase la noche en el hospital, pero no sea ingresado. Consulte **“Observación”** para obtener más información.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de determinados medicamentos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites se pueden aplicar a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de exclusión de los CMS: los CMS conservan una lista de personas o entidades que actualmente han sido revocados del programa de Medicare, o que han tenido un comportamiento que los CMS determinan perjudicial para los intereses del programa Medicare. Los planes Medicare Advantage tienen prohibido pagar a las personas o entidades que figuren en esta lista.

“Lista de Medicamentos”: consulte el **Formulario**.

Lista de Medicamentos Cubiertos: consulte el **Formulario**.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid pueden variar, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados que Medicare considera necesarios.

Medicamento de marca comercial: medicamento con receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca comercial tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca comercial.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca comercial. Un medicamento genérico suele tener el mismo efecto que un medicamento de marca comercial pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden tener cobertura de la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Algunos grupos de medicamentos han sido excluidos de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertos grupos de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertos por todos los planes. Los medicamentos de la Parte D, por lo general, se autoadministran.

Medicare Original (Medicare tradicional o plan de Medicare con pago por servicio): Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades de pago establecidas por el Congreso. Puede consultar con cualquier doctor, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la parte que le corresponde a usted. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Medicare: es el programa federal de seguros médicos destinado a personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción han confirmado los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Multa por inscripción tardía de la Parte D (LEP): una cantidad que se suma a su prima mensual de la cobertura para medicamentos de Medicare si usted no tiene una cobertura acreditada (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde la “Ayuda Adicional”, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditada para medicamentos con receta o de la Parte D.

Observación (o estancia en observación): una estancia en observación es una hospitalización para pacientes externos en la que recibe servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare. Puede permanecer más de un día en observación. Los servicios de observación pueden ser proporcionados por el departamento de emergencia u otra área del hospital. El proveedor debe emitirle un Aviso de observación para pacientes externos de Medicare (Medicare Outpatient Observation Notice, MOON). Consulte también **Hospitalización** y **Paciente externo**.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de doctores en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare.

Paciente internado: consulte Hospitalización.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios de los centros de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: el plazo de tiempo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo en que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de Inscripción Anual: período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Período de Inscripción Especial (Special Enrollment Period, SEP): un tiempo establecido para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Medicare Original. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumpla 65 años, incluye el mes en que cumpla 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumpla 65 años.

Persona con doble elegibilidad: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales (SNP): un tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriban en el plan. Incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes de Medicare Cost, los planes de necesidades especiales, los Programas piloto/de demostración y los Programas de atención integral para personas de edad avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de una Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por una cantidad de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando reciba los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de costos que paga de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de total combinado de costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un Plan Privado de Pago por Servicio (Private Fee for Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes de **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para personas de edad avanzada) combina servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) para personas frágiles con el fin de ayudarlas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) siempre que sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales de elegibilidad doble (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguridad 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.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que venden compañías de seguros privadas para cubrir los “períodos sin cobertura” de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud por cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico: un medicamento con receta elaborado con recursos naturales y vivos como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa de descuento de Medicare para el período sin cobertura de Medicare: un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca comercial cubiertos de la Parte D para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del Período sin Cobertura y que aún no estén recibiendo la “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Physician/Provider, PCP): el doctor u otro proveedor con quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para referirnos a doctores, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y el Estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan proveedores del plan.

Proveedor de la red: proveedor es el término general que usamos para referirnos a doctores, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y el Estado para prestar servicios de atención médica. Los llamamos **proveedores de la red** cuando tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y pueden ayudar a coordinar la atención para los miembros. Los proveedores de la red también pueden mencionarse como proveedores del plan.

Proveedor fuera de la red: un proveedor o centro que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no emplea, reconoce ni dirige nuestro plan. En el Capítulo 3 de este documento, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Prueba de detección: es una prueba utilizada para detectar enfermedades o factores de riesgo de una enfermedad tempranos cuando no tiene signos ni síntomas. Cuando tiene un signo o síntoma y recibe un diagnóstico y lo tratan por una afección, las pruebas adicionales, que se realizan de forma anual o constante, se consideran un diagnóstico (consulte **Diagnóstico**). NOTA: Una prueba de detección relacionada con una Pauta de servicios preventivos de Medicare (por ejemplo, prueba de detección de la diabetes, prueba de detección cardiovascular, prueba de detección de cáncer de próstata, etc.) se debe facturar conforme a las normas de facturación de los servicios preventivos de Medicare para que tenga un costo compartido de cero en su nivel de beneficios dentro de la red.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias; por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de su atención. No involucra disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales como visión, cuidado dental o audición, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles, no es posible comunicarse con ellos temporalmente, o cuando el afiliado se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, si necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Transporte aéreo de ala fija: este servicio se presta cuando su afección médica es tal que el transporte por ambulancia terrestre no es adecuado. Generalmente, el transporte en ambulancia aérea de ala fija (no el transporte en helicóptero) puede ser necesario porque su afección requiere un transporte rápido a un centro de tratamiento. También puede ser necesario porque usted está en un lugar inaccesible para una ambulancia terrestre o acuática. Priority Health Medicare requiere una autorización previa para el transporte aéreo de ala fija.

Traslado: un traslado ocurre cuando lo cambian de un hospital para pacientes internados, un centro de enfermería especializada, una estancia en observación u otro nivel de atención dentro del mismo centro o lo llevan a un centro diferente. Cuando lo trasladan, le dan el alta. Consulte también **Alta** para obtener más información.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que usted pruebe otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que le recetó el doctor en primer lugar.

ANEXO:

*Beneficios obligatorios de la vista,
dentales y auditivos (incluidos en su
plan Medicare Advantage D-SNP sin
prima mensual adicional)*

Gracias por ser miembro de Priority Health Medicare D-SNP.

Su plan **Priority**Medicare D-SNP incluye cobertura de la vista, dental y de audición sin un costo adicional en la prima para usted. Estos son beneficios adicionales que no cubre Medicare, pero que Priority Health incluye en su plan y, por tanto, se denominan “Obligatorios”.

Este documento contiene información detallada sobre lo que está cubierto, lo que no, cómo acceder a sus beneficios y mucho más. Si tiene preguntas sobre los beneficios, proveedores o la red, llame al número gratuito de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (TTY 711):

- **EyeMed**SM al 844.366.5127
- **Delta Dental**[®] al 800.330.2732
- **TruHearing**[®] al 833.714.5355

Para obtener ayuda los sábados o domingos, comuníquese con Priority Health Medicare llamando al 833.939.0983, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (TTY 711). O bien, visite priorityhealth.com/dsnpplan24 y seleccione **Ya soy miembro**.

INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN DENTAL

(Obligatoria)



Plan dental Medicare Advantage™ de Delta Dental

¡Bienvenido!

Una buena salud bucal es una parte vital de una buena salud general, y su programa Delta Dental está diseñado para promover las consultas regulares al odontólogo. Lo animamos a que aproveche este programa llamando hoy mismo a su odontólogo para programar una cita.

Este Manual del miembro describe los beneficios específicos de su programa Delta Dental, cómo utilizarlos y su Lista de códigos cubiertos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con nuestro departamento de Servicio de Atención al Cliente al 800.330.2732 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede verificar en línea su información propia sobre beneficios, reclamaciones y elegibilidad con facilidad, las 24 horas al día, los siete días de la semana, si ingresa en www.deltadentalmi.com y selecciona el enlace de nuestro Portal para miembros. El Portal para miembros también le permitirá imprimir formularios de reclamaciones, seleccionar declaraciones digitales de Explicación de beneficios (Explanation of Benefits statements, EOB), buscar directorios de odontólogos y leer consejos de salud bucal.

Esperamos prestarle nuestros servicios.

Plan dental complementario Medicare Advantage

Priority Health D-SNP

Número de grupo: 9509

Número de subgrupo: 4000

Año de beneficios: del 1 de enero al 31 de diciembre

Pago máximo: \$2,500 en todos los servicios

Deducible: ninguno

En la siguiente página, encontrará una lista completa de los servicios dentales cubiertos.

***Los servicios recibidos de odontólogos que NO participan en la red de Medicare Advantage PPO de Delta Dental generarán costos de bolsillo más elevados.**

IMPORTANTE: Si recibe servicios de un odontólogo que NO participa en la red Medicare Advantage de Delta Dental, SERÁ RESPONSABLE del costo total de esos servicios y Delta Dental no hará ningún pago.

Definiciones

Año de beneficios

El año calendario.

Apelación

Los procedimientos que se ocupan de la revisión de la determinación inicial adversa para el pago de servicios.

Beneficios

Pago por los servicios cubiertos que han sido seleccionados en este plan.

Cantidad permitida

La cantidad permitida según el Cronograma de cargos de odontólogos de Medicare Advantage en el que Delta Dental basará su pago por un servicio cubierto.

Cantidad presentada

La cantidad que le factura un odontólogo a Delta Dental por un tratamiento o servicio específico. Un odontólogo participante de Medicare Advantage de Delta Dental no puede cobrarle la diferencia entre esta cantidad y la cantidad que Delta Dental aprueba para el tratamiento.

Cargo del odontólogo no participante

El cargo máximo permitido por procedimiento por los servicios prestados por un odontólogo no participante, según lo determine Delta Dental.

Cargo máximo aprobado

El cargo máximo que Delta Dental aprueba para un procedimiento determinado en una región o especialidad dada, en circunstancias normales, según los cronogramas y los procedimientos internos aplicables de los Odontólogos participantes de Medicare Advantage.

Consulta

Una solicitud verbal o escrita de información que no implica un proceso de reclamo, cobertura o apelaciones, como una pregunta rutinaria sobre un beneficio.

Copago

Una cantidad de dinero fija que debe pagar por los servicios cubiertos, si la hubiera.

Coseguro

El porcentaje del cargo, si lo hubiera, que debe pagar por los servicios cubiertos.

Cronograma de cargos de odontólogos de Medicare Advantage

El cargo máximo permitido por procedimiento por los servicios prestados por un odontólogo de Medicare Advantage de Delta Dental, según lo determine Delta Dental.

Deducible

La cantidad que una persona debe pagar por los servicios cubiertos antes de que Delta Dental comience a pagar por esos servicios que figuran en este Manual del miembro. Si corresponde, el deducible que se aplica a usted se indica al inicio de este Manual del miembro.

Delta Dental

Delta Dental Plan of Michigan, Inc. es una corporación de atención dental sin fines de lucro que hace negocios como Delta Dental of Michigan. Delta Dental no es una compañía de seguros. Delta Dental of Michigan, Inc. ha sido delegada por su plan de salud para proporcionar beneficios dentales para este plan.

Determinación adversa de beneficios

Cualquier denegación, reducción o finalización de los beneficios para las que presentó una reclamación. O bien, la falta de pago (total o parcial) de los beneficios que solicitó, incluida cualquier determinación similar según la elegibilidad, la aplicación de cualquier criterio de revisión de uso o una determinación de que el artículo o servicio para el que se prestan beneficios de otro modo era experimental o estaba en investigación, o no era necesario o adecuado a nivel médico.

Determinación de la organización previa al servicio

Una determinación que se realiza antes de recibir los servicios dentales según sus beneficios y cobertura. Esta decisión determinará si se cubrirá un servicio dental y le informará cuánto pagará por este servicio. Esta solicitud la puede presentar usted o su odontólogo.

Emergencia dental

Una emergencia dental es una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido dolor intenso) como para que una persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, pueda esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata provoque: un riesgo grave para la salud de la persona o, en el caso de una mujer embarazada, para la salud de la mujer o de hijo por nacer; un deterioro grave de las funciones corporales; o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Este plan

La cobertura dental establecida para las personas elegibles de conformidad con este Manual del miembro.

Estimación previa al tratamiento

Estimación del costo de un tratamiento previsto. No se requieren estimaciones previas al tratamiento antes del tratamiento.

Fechas de finalización

La fecha en que se completa el tratamiento. Algunos procedimientos pueden requerir más de una cita antes de poder completarlos. El tratamiento se completa:

- ◆ Para las dentaduras completas y parciales, en las fechas de entrega.
- ◆ Para los trabajos de coronas y puentes, en la fecha de cementación permanente.
- ◆ Para los tratamientos de conducto y periodontales, en la fecha del procedimiento final que completa el tratamiento.

Lista de códigos cubiertos

La lista de códigos dentales única de la Asociación Dental Americana (American Dental Association, ADA) que son servicios cubiertos por este plan. Estos códigos están sujetos a los términos de este Manual del miembro.

Manual del miembro

Delta Dental proporcionará beneficios como se describe en este Manual del miembro. Cualquier cambio en este Manual del miembro se basará en las modificaciones del contrato entre Delta Dental y su organización Medicare Advantage (Medicare Advantage Organization, MAO).

Miembro

Una persona cubierta por este plan.

Servicios cubiertos

Los servicios dentales únicos seleccionados para la cobertura como se describe en este Manual del miembro.

Odontólogo

Una persona matriculada para ejercer la odontología en el Estado o jurisdicción donde se prestan los servicios dentales.

- ◆ **Odontólogo de Medicare Advantage PPO de Delta Dental:** un odontólogo ubicado en Michigan, Indiana u Ohio que ha firmado un acuerdo con Delta Dental para este plan que forma parte de la red Medicare Advantage PPO de Delta Dental.
- ◆ **Odontólogo no participante:** un odontólogo que no ha firmado un acuerdo con Delta Dental para formar parte de la red Medicare Advantage PPO de Delta Dental o que se encuentra en un Estado que no es Michigan, Indiana u Ohio.
- ◆ **Odontólogo de otro país:** odontólogo que ejerce fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Estos odontólogos no son participantes porque los odontólogos de otro país no pueden firmar acuerdos de participación con Delta Dental.
- ◆ **IMPORTANTE:** Si recibe servicios de un odontólogo que **NO** participa en la red Medicare Advantage de Delta Dental, **SERÁ RESPONSABLE** del costo total de esos servicios y Delta Dental no hará ningún pago.

Pago máximo

La cantidad máxima en dólares que Delta Dental pagará en cualquier año de beneficios o de por vida por los servicios cubiertos.

Pólizas de procesamiento

Pólizas y pautas de Delta Dental que se utilizan para las determinaciones de la organización previas al servicio y el pago de reclamaciones. Las pólizas de procesamiento se pueden modificar periódicamente. Las pólizas de procesamiento pueden limitar el pago por servicios o suministros de Delta Dental.

Reclamaciones posteriores al servicio

Las reclamaciones de beneficios no están condicionadas a su solicitud de aprobación, certificación o autorización anticipada para recibir la cantidad total de cualquier servicio cubierto. En otras palabras, las reclamaciones posteriores al servicio surgen cuando usted recibe el servicio o tratamiento dental antes de presentar una reclamación de beneficios.

Reclamación

Una solicitud de pago por un servicio cubierto. Las reclamaciones no están condicionadas a su solicitud de aprobación, certificación o autorización anticipada para recibir el pago de cualquier servicio cubierto.

Reclamo

Una expresión de insatisfacción (diferente de una determinación de cobertura) con cualquier aspecto de las operaciones, actividades o conducta de Delta Dental, su organización Medicare Advantage o un odontólogo que le haya proporcionado servicios dentales conforme a este plan.

Cómo seleccionar un odontólogo

Para recibir los beneficios de este plan, debe recibir los servicios de un odontólogo de Medicare Advantage de Delta Dental. **Los servicios recibidos de odontólogos que NO participan en la red Medicare Advantage PPO de Delta Dental generarán costos de bolsillo más elevados.**

Para verificar que un profesional es un odontólogo participante de Medicare Advantage, puede usar el Directorio de odontólogos en línea de Delta Dental en <http://deltadentalmi.com/Find-a-Dentist> o llamar al 800.330.2732 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). **Al acceder al Directorio de odontólogos en línea de Delta Dental, debe seleccionar el enlace denominado Medicare Advantage PPO.**

IMPORTANTE: Si recibe servicios de un odontólogo que NO participa en la red Medicare Advantage de Delta Dental, SERÁ RESPONSABLE del costo total de esos servicios y Delta Dental no hará ningún pago.

Acceso a sus beneficios

Para utilizar sus beneficios dentales, siga estos pasos:

1. Lea cuidadosamente este Manual del miembro para familiarizarse con sus beneficios, métodos de pago y términos de este plan.
2. Programe una cita con su odontólogo e infórmele que tiene beneficios dentales con el plan dental Medicare Advantage de Delta Dental. Si su odontólogo no está familiarizado con este plan o tiene alguna pregunta, pídale que se ponga en contacto con Delta Dental llamando al número gratuito, 800.330.2732, o que escriba a:

Attention: Customer Service
P.O. Box 9230
Farmington Hills, Michigan 48333-9230

3. Después de recibir su tratamiento dental, usted o el personal del consultorio odontológico presentará un formulario de reclamación, y completará la parte de la información con:
 - a. Su nombre completo y dirección
 - b. Su número de identificación de miembro
 - c. Su fecha de nacimiento

Aviso de formularios de reclamaciones

Su odontólogo debe presentar su formulario de reclamaciones dentales con el formulario de reclamación más reciente aprobado por la Asociación Dental Americana (“ADA”). Los odontólogos participantes de Medicare Advantage completarán y presentarán sus reclamaciones dentales por usted.

Envíe las reclamaciones y las solicitudes de información completas a:

Delta Dental
P.O. Box 9298
Farmington Hills, MI 48333-9298

Determinaciones de la organización previas al servicio

Su odontólogo puede presentar una solicitud de decisión de cobertura para determinar si usted califica para un servicio dental que puede estar cubierto en este plan a través de Dental Office Toolkit® (DOT). Además, puede solicitar una decisión de cobertura para determinar si usted califica para un servicio dental que puede estar cubierto en este plan si llama al número gratuito del departamento de Servicio de Atención al Cliente, (800) 330-2732, o escribe a:

Delta Dental
P.O. Box 9230
Farmington Hills, MI 48333-9230

Para una decisión de cobertura previa al servicio estándar, Delta Dental le dará una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Para presentar una decisión de cobertura rápida, los plazos estándar deben poner potencialmente en grave peligro su salud o dañar su capacidad funcional. Si Delta Dental aprueba la solicitud rápida, se dará una respuesta en un plazo de 72 horas. Tanto para las solicitudes estándar como para las rápidas, Delta Dental puede tardar hasta 14 días calendario adicionales en determinadas circunstancias. Si se toma tiempo adicional, Delta Dental se lo notificará por escrito y le explicará los motivos de la extensión.

Si Delta Dental no aprueba su solicitud de cobertura estándar o rápida, tiene derecho a presentar una apelación. Para obtener más información, consulte la sección Apelación. La disponibilidad de los beneficios dentales al momento de completar su solicitud depende de varios factores. Estos factores incluyen, entre otros, la necesidad médica, la elegibilidad continua para los beneficios, sus pagos máximos anuales o de por vida disponibles, cualquier coordinación de

beneficios, el estado de su odontólogo, las limitaciones de este plan y cualquier otra disposición, junto con cualquier información adicional o cambios en su tratamiento dental. Para determinar si este plan puede cubrir un servicio, revise los beneficios incluidos en este documento.

Aviso escrito de la reclamación y el tiempo de pago

Todas las reclamaciones de beneficios deben presentarse a Delta Dental en el plazo de un año a partir de la fecha en que se prestaron los servicios. Una vez que se presenta una reclamación de pago, Delta Dental tomará una decisión dentro de los 30 días a partir de su recepción. Si no hay suficiente información para decidir sobre su reclamación, Delta Dental se lo notificará a usted o a su odontólogo en un plazo de 30 días. El aviso:

- (a) describirá la información necesaria;
- (b) explicará por qué es necesaria;
- (c) solicitará una extensión de tiempo para decidir sobre la reclamación; y
- (d) le informará a usted o a su odontólogo que la información se debe recibir en un plazo de 60 días o se denegará su reclamación. Recibirá una copia de todos los avisos que se le envíen a su odontólogo.

Una vez que Delta Dental reciba la información solicitada, decidirá sobre su reclamación y le enviará un aviso sobre esa decisión. Si usted o su odontólogo no proporcionan la información solicitada, Delta Dental no tendrá otra opción más que denegar su reclamación. Una vez que Delta Dental decida sobre su reclamación, se lo notificará en un plazo de cinco días.

Representante autorizado

También puede nombrar a un representante autorizado para que trate con Priority Health en su nombre con respecto a cualquier reclamación de beneficios que presente o cualquier revisión de una reclamación denegada que desee llevar a cabo (consulte la sección Procedimiento de reclamos y apelaciones). Debe llamar al número gratuito del departamento de Servicio de Atención al Cliente de Priority Health, 888.389.6648, o escribir a:

**Priority Health
Grievance & Appeals, MS1150
1231 East Beltline Ave, NE
Grand Rapids, MI 49525**

Para solicitar un formulario para designar a la persona que desea nombrar como su representante, o puede utilizar el Formulario de asignación de un representante de los CMS (Formulario CMS-1696). Aunque en algunas circunstancias se trata a su odontólogo como su representante autorizado, por lo general, Priority Health solo reconoce a la persona que ha autorizado en el formulario con la última fecha presentado a Priority Health. Una vez que haya designado a un representante autorizado, Priority Health Dental se comunicará directamente con su

representante y no le informará el estado de su reclamación. Tendrá que obtener esa información de su representante. Si no ha designado a un representante, Priority Health se comunicará directamente con usted.

Cómo se realiza el pago

Si su odontólogo es un odontólogo participante de Medicare Advantage, Delta Dental basará el pago en el cargo máximo aprobado para los servicios cubiertos.

Delta Dental enviará el pago directamente a los odontólogos participantes de Medicare Advantage y usted será responsable de cualquier coseguro, copago o deducible correspondiente.

Si recibe servicios de un odontólogo que NO participa en la red Medicare Advantage de Delta Dental, SERÁ RESPONSABLE del costo total de esos servicios y Delta Dental no hará ningún pago.

Exclusión y limitaciones

Exclusiones

Delta Dental no realizará ningún pago por los siguientes servicios o suministros, a menos que se especifique lo contrario en este Manual del miembro. Todos los cargos por dichos servicios o suministros serán su responsabilidad (aunque puede cumplir con su obligación de pago mediante un seguro u otro acuerdo para el que sea elegible).

NOTA: No todos los planes cubren los servicios que se pueden mencionar a continuación. Consulte la Lista de códigos cubiertos para conocer los servicios que cubre su plan.

1. Servicios o suministros, según lo determine Delta Dental, para la corrección de malformaciones congénitas o del desarrollo.
2. Cirugía estética u odontología por motivos estéticos, según lo determine Delta Dental.
3. Servicios iniciados o aparatos iniciados antes de que una persona fuera elegible conforme a este plan.
4. Medicamentos con receta (excepto antibióticos inyectables intramusculares), premedicación, medicamentos/soluciones y analgesia relativa.
5. Anestesia general y sedación intravenosa para (a) procedimientos quirúrgicos, a menos que sean médicamente necesarios, u (b) odontología restauradora.
6. Cargos de hospitalización, análisis de laboratorio, exámenes histopatológicos y pruebas diversas.
7. Cargos por no asistir a una consulta programada con el odontólogo.
8. Servicios o suministros, según lo determine Delta Dental, para los que no se puede demostrar la necesidad odontológica.

9. Servicios o suministros, según lo determine Delta Dental, que sean de carácter investigativo, incluidos los servicios o suministros requeridos para tratar complicaciones de procedimientos investigativos.
10. Servicios o suministros, según lo determine Delta Dental, que son técnicas especializadas.
11. Tratamiento realizado por una persona que no sea un odontólogo, excepto los servicios prestados por un higienista dental matriculado bajo la supervisión de un odontólogo matriculado. El tratamiento realizado por cualquier otro profesional de odontología matriculado se puede cubrir según la determinación exclusiva de la MAO o Delta Dental.
12. Servicios o suministros por los que el paciente no está legalmente obligado a pagar, o por los que no se cobraría si no tuviera cobertura de Delta Dental.
13. Servicios o suministros recibidos debido a un acto de guerra, declarada o no declarada, o de terrorismo.
14. Servicios o suministros cubiertos por un programa hospitalario, quirúrgico/médico o de medicamentos con receta.
15. Servicios o suministros que no están dentro de las categorías de beneficios seleccionadas por la MAO y que no están cubiertos bajo los términos de este Manual del miembro.
16. Enjuagues con fluoruro, fluoruros autoaplicados o medicamentos desensibilizantes.
17. Medicamento para la prevención de caries.
18. Programas de control preventivo (incluye capacitación en higiene bucal, pruebas de propensión a la caries, control alimenticio, asesoramiento sobre el tabaco, medicamentos para la atención a domicilio, etc.).
19. Aparatos perdidos, extraviados o robados de cualquier tipo.
20. Odontología cosmética, incluida la reparación de caras posteriores a la segunda posición bicúspide.
21. Coronas prefabricadas utilizadas como restauraciones definitivas en dientes permanentes.
22. Aparatos, procedimientos quirúrgicos y restauraciones para aumentar la dimensión vertical; para modificar, restaurar o mantener la oclusión; para reemplazar la pérdida de estructura del diente debido a una atrición, abrasión, abfracción o erosión; o para ferulización periodontal.
23. Dentadura fija temporal, soportada por implantes/pilares, para arcada edéntula.
24. Aparatos de protección oclusal blandos.
25. Empastes para tratamientos de conducto tipo pasta en dientes permanentes.
26. Reemplazo, reparación, rebasado o ajuste de protectores oclusales.
27. Raspado químico.
28. Servicios relacionados con sobredentaduras.
29. Bases metálicas en prótesis removibles.
30. El reemplazo de dientes más allá del complemento normal de dientes.
31. Personalización o caracterización de cualquier servicio o aparato.
32. Coronas temporales utilizadas para la provisionalización durante la fabricación de coronas o puentes.
33. Puentes posteriores en combinación con dentaduras parciales en la misma arcada, que comparten al menos un espacio edéntulo posterior en común.
34. Pilares de precisión, fijadores y férulas de descarga.
35. Materiales biológicos para ayudar a la regeneración de tejidos blandos y óseos cuando se presentan el mismo día de la extracción dental, la cirugía perirradicular, el injerto de tejidos blandos, la regeneración tisular guiada y el injerto óseo periodontal o para implantes.

36. Injertos de sustitución ósea y técnicas quirúrgicas especializadas en implantes, incluido el índice radiográfico/quirúrgico de implantes.
37. Aparatos, restauraciones o servicios para el diagnóstico o tratamiento de alteraciones de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ).
38. Fotografías de diagnóstico y películas cefalométricas.
39. Terapia miofuncional.
40. Análisis de casos montados.
41. Pruebas moleculares, de antígenos o anticuerpos de un patógeno relacionado con la salud pública.
42. Vacunas.
43. Injertos de sustitución ósea cuando se realizan junto con una hemisección.
44. Fabricación, ajuste o reparación de aparatos para la apnea del sueño.
45. Todos los impuestos aplicables a los servicios.
46. Las pólizas de procesamiento pueden excluir de otro modo el pago de servicios o suministros de Delta Dental.

Delta Dental no realizará ningún pago por los siguientes servicios o suministros. Los odontólogos participantes de Medicare Advantage no pueden cobrarles a los miembros por estos servicios o suministros. Todos los cargos de los odontólogos no participantes por las siguientes prestaciones son su responsabilidad.

NOTA: No todos los planes cubren los servicios que se pueden mencionar a continuación. Consulte la Lista de códigos cubiertos para conocer los servicios que cubre su plan.

1. Servicios o suministros, según lo determine Delta Dental, que no se proporcionan según los estándares generalmente aceptados de la práctica odontológica.
2. El llenado de formularios o la presentación de reclamaciones.
3. Consultas, controles o revisión de pacientes cuando se realizan junto con exámenes o evaluaciones.
4. Anestesia local.
5. Grabado ácido, bases de cemento, revestimientos de cavidades y bases o empastes temporales.
6. Control de infecciones.
7. Coronas temporales, interinas o provisionales.
8. Gingivectomía como ayuda para la colocación de una restauración.
9. La corrección de la oclusión, cuando se realiza con prótesis y restauraciones que afectan a las superficies oclusales.
10. Moldes de diagnóstico, cuando se realizan junto con procedimientos de restauración o prostodoncia.
11. Tratamiento paliativo, cuando se presta cualquier otro servicio en la misma fecha, excepto radiografías y pruebas necesarias para diagnosticar la afección de emergencia.
12. Radiografías postoperatorias, cuando se realizan después de cualquier servicio o procedimiento finalizado.
13. Periodontograma.

14. Pasadores y postes preformados, cuando se realizan con reconstrucciones de muñones para coronas, restauraciones o incrustaciones.
15. Cualquier subestructura cuando se realiza para incrustaciones, restauraciones y carillas.
16. Un revestimiento del esmalte, cuando se realiza con un empaste sedante o cualquier otra restauración. Un sedante o empaste temporal, cuando se realiza con desbridamiento pulpar para el alivio del dolor agudo antes del tratamiento de conducto convencional u otro procedimiento endodóntico. La apertura y el drenaje de un diente o tratamiento paliativo, cuando lo realiza el mismo odontólogo o consultorio odontológico el mismo día que se completó tratamiento de conducto.
17. Una pulpotomía en un diente permanente, excepto en un diente con ápice abierto.
18. Un cierre apical terapéutico en un diente permanente, excepto en un diente donde la raíz no está completamente formada.
19. Repetición de tratamiento de conducto por el mismo odontólogo o consultorio odontológico dentro de los dos años de haber realizado el tratamiento de conducto original.
20. Una profilaxis o desbridamiento de toda la boca, cuando se realiza el mismo día que el mantenimiento periodontal o el raspado en presencia de inflamación gingival.
21. Raspado en presencia de inflamación gingival, cuando se realiza el mismo día que el mantenimiento periodontal.
22. Profilaxis, raspado en presencia de inflamación gingival o mantenimiento periodontal cuando se realiza dentro de los 30 días de haber hecho tres o cuatro cuadrantes de raspado y alisado radicular u otro tratamiento periodontal.
23. Desbridamiento de toda la boca cuando se realiza dentro de los 30 días del raspado y alisado radicular.
24. Raspado y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de los servicios del implante sin entrada y cierre de colgajo, cuando se realiza en un plazo de 12 meses de restauraciones de implantes, coronas provisionales de implantes y dentaduras temporales soportadas por implantes o pilares.
25. Raspado y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante, cuando se realiza el mismo día que una profilaxis, raspado en presencia de inflamación gingival, mantenimiento periodontal, desbridamiento de toda la boca, raspado periodontal y alisado radicular, cirugía periodontal o desbridamiento de un defecto periimplantario.
26. Desbridamiento de toda la boca, cuando se realiza el mismo día que una evaluación integral.
27. Un ajuste oclusal, cuando se realiza el mismo día de la entrega de un protector oclusal.
28. Rebasado, reparación de base o cualquier ajuste o reparación en los seis meses siguientes a la entrega de una dentadura.
29. Ajustes, rebasados temporales o acondicionamiento del tejido en los tres meses siguientes a la entrega de una dentadura inmediata.
30. Acondicionamiento del tejido, cuando se realiza el mismo día de la entrega de una dentadura o el rebasado o reparación de base de una dentadura.
31. Radiografías periapicales o rayos X de molares, cuando se realizan dentro de un período de tiempo clínicamente no razonable tras la realización de radiografías panorámicas o de boca completa, según lo determine exclusivamente Delta Dental.
32. Cargos o tasas por gastos generales, conexiones de Internet/video, software, hardware u otros equipos necesarios para la prestación de servicios, incluidos, entre otros, los servicios de teleodontología.
33. Capturar solo imágenes que no estén relacionadas a ninguna interpretación o informe.

34. Frenulectomía cuando se realiza el mismo día que cualquier otro procedimiento quirúrgico, en la misma área quirúrgica y la hace el mismo odontólogo o consultorio odontológico.
35. Extracción de implantes cuando se realiza en los tres (3) meses siguientes a un implante o miniimplante en el mismo diente por el mismo odontólogo o consultorio odontológico.
36. Raspado y alisado radicular cuando se realizan el mismo día que la reparación radicular quirúrgica o las exposiciones.
37. Reparación quirúrgica o exposición de la raíz cuando se realizan el mismo día que los procedimientos quirúrgicos de endodoncia o periodoncia.
38. Barreras intraorificio.
39. Escisión de lesiones benignas cuando se realiza en la misma área y el mismo día que cualquier otro procedimiento quirúrgico y la hace el mismo odontólogo o consultorio odontológico.
40. Las pólizas de procesamiento pueden excluir de otro modo el pago de servicios o suministros de Delta Dental.

Limitaciones

Los beneficios por los siguientes servicios o suministros se limitan como se indica a continuación, a menos que se especifique lo contrario en este Manual del miembro. Además de las limitaciones indicadas en la Lista de códigos cubiertos, todos los cargos por servicios o suministros que superen estas limitaciones serán su responsabilidad. Todas las limitaciones de tiempo se miden a partir de las fechas de servicios aplicables anteriores en nuestros registros o, cuando lo solicite su organización Medicare Advantage, cualquier plan dental.

NOTA: No todos los planes cubren los servicios que se pueden mencionar a continuación. Consulte la Lista de códigos cubiertos para conocer los servicios que cubre su plan.

1. Las coronas o reparaciones se pagan solo por la extensa pérdida de la estructura de un diente; pérdida del 50% de la estructura de un diente o más, debido a caries o fractura (estructura del diente perdida o móvil).
2. Las coronas individuales sobre los implantes se pagan en el nivel de beneficios protodónticos.
3. La obligación de pagar los beneficios de Delta Dental finaliza el último día de cobertura. Sin embargo, Delta Dental pagará los servicios cubiertos proporcionados el último día de cobertura, o antes, siempre y cuando Delta Dental reciba una reclamación por dichos servicios dentro del año de la fecha del servicio.
4. Cuando se interrumpan los servicios en curso, Delta Dental no emitirá pago alguno por los servicios incompletos; sin embargo, Delta Dental calculará el cargo máximo aprobado que el odontólogo pueda cobrarle por dichos servicios incompletos, y esos cargos serán su responsabilidad. En caso de que los servicios interrumpidos sean completados posteriormente por un odontólogo, Delta Dental revisará la reclamación para determinar la cantidad del pago, si la hubiera, para el odontólogo de acuerdo con las pólizas de Delta Dental en el momento en que se completen los servicios.

5. La atención finalizada por el fallecimiento de un miembro se pagará hasta el límite de la responsabilidad de Delta Dental por los servicios completados o en curso.
6. Tratamiento opcional: Si usted selecciona un servicio más costoso que se proporciona habitualmente, Delta Dental puede hacer una bonificación para ciertos servicios según el cargo del servicio prestado habitualmente. Usted es responsable de la diferencia en el costo. En todos los casos, Delta Dental tomará la determinación final en relación con el tratamiento opcional y cualquier bonificación disponible.

A continuación, se enumeran los servicios para los que Delta Dental proporcionará una bonificación para el tratamiento opcional. **Recuerde, usted es responsable de la diferencia del costo por cualquier tratamiento opcional.** Sobredentaduras: Delta Dental pagará solo la cantidad que pagaría por una dentadura convencional, si está cubierta.

- a. Incrustaciones, independientemente del material utilizado: Delta Dental pagará solo la cantidad que pagaría por una restauración con amalgama o resina compuesta, si está cubierta.
 - b. Puentes completamente de porcelana o cerámica: Delta Dental pagará solo la cantidad que pagaría por un puente fijo convencional, si está cubierto.
 - c. Dentaduras parciales o completas soportadas por implantes o pilares: Delta Dental pagará solo la cantidad que pagaría por una dentadura convencional, si está cubierta.
 - d. Restauraciones con láminas de oro: Delta Dental pagará solo la cantidad que pagaría por una restauración con amalgama o resina compuesta, si está cubierta.
 - e. Coronas de acero inoxidable posteriores con caras estéticas, carillas o recubrimientos: Delta Dental pagará solo la cantidad que pagaría por una corona de acero inoxidable convencional, si está cubierta.
7. Pago máximo:
 - a. Todos los beneficios disponibles en virtud de este plan están sujetos a las limitaciones de pago máximo establecidas en este Manual del miembro.
 8. Si una cantidad de deducible se indica en este Manual del miembro, Delta Dental no pagará ningún servicio o suministro, total o parcialmente, para el que se aplica el deducible hasta que se alcance el deducible.

Delta Dental no realizará ningún pago por los servicios o suministros que superen las siguientes limitaciones. Todos los cargos son su responsabilidad. Sin embargo, los odontólogos participantes de Medicare Advantage no pueden cobrarles a los miembros por estos servicios o suministros cuando los realice el mismo odontólogo o consultorio odontológico. Todas las limitaciones de tiempo se miden a partir de las fechas de servicios aplicables anteriores en nuestros registros con cualquier plan Delta Dental o, cuando lo solicite su organización Medicare Advantage, cualquier plan dental.

NOTA: No todos los planes cubren los servicios que se pueden mencionar a continuación. Consulte la Lista de códigos cubiertos para conocer los servicios que cubre su plan.

1. Las reconstrucciones de muñones y otras subestructuras solo se pagan cuando son necesarias para retener una corona en un diente con un deterioro excesivo debido a caries o fracturas.
2. Los pasadores de retención se pagan una vez en un período de dos años. Solo una subestructura por diente es un servicio cubierto.
3. Servicios o suministros, según lo determine Delta Dental, que no se proporcionan según los estándares generalmente aceptados de la práctica odontológica.
4. El raspado y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante se paga una vez por diente en cualquier período de 24 meses cuando lo realiza el mismo consultorio.
5. Las pólizas de procesamiento pueden limitar el pago por servicios o suministros de Delta Dental.

Coordinación de beneficios

La Coordinación de beneficios (Coordination of Benefits, “COB”) se aplica cuando una persona tiene cobertura de atención médica con más de un plan. “Plan” se define a continuación.

Las normas de la determinación del orden de beneficios rigen el orden en que cada plan pagará una reclamación por beneficios. El plan que paga primero se denomina plan primario. El plan primario debe pagar los beneficios de acuerdo con los términos de su póliza, sin tener en cuenta la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos gastos. El plan que paga después del primario es el plan secundario. El Plan secundario puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los planes no superen el 100% del total del gasto permitido.

Definiciones

Plan es cualquiera de los siguientes que proporciona beneficios o servicios de atención o tratamiento médico u odontológico. Si se utilizan contratos separados para proporcionar una cobertura coordinada para los miembros de un grupo, los contratos separados se consideran partes del mismo plan y no hay una COB entre esos contratos separados.

1. El plan incluye: los contratos de seguro colectivos y no colectivos, los componentes de la atención médica de los contratos de atención a largo plazo, como la atención de enfermería especializada; los beneficios médicos de los contratos de automóviles colectivos o individuales; y Medicare o cualquier otro plan gubernamental federal, según lo permita la ley.
2. El plan no incluye: cobertura de indemnización hospitalaria u otra cobertura de indemnización fija; cobertura exclusiva por accidentes; cobertura por enfermedad o accidente específico; cobertura para tipos de accidentes escolares; beneficios para componentes no médicos de pólizas de atención a largo plazo; pólizas complementarias de Medicare; ni cobertura de otros planes gubernamentales federales que no permitan la coordinación.

Cada contrato para cobertura en virtud de los puntos (1) o (2) anteriores constituye un plan independiente. Si un plan consta de dos partes y las normas de la COB solo se aplican a una de ellas, cada una de las partes se tratará como un plan independiente.

Este plan, para los fines de esta sección, es la parte del contrato que proporciona los beneficios de atención médica para los que se aplica la disposición de la COB y que pueden reducirse debido a los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que proporcione beneficios de atención médica es independiente de este plan. Un contrato puede aplicar una disposición de la COB a determinados beneficios, como los beneficios dentales, al coordinar solo con los beneficios que son similares, y puede aplicar otra disposición de la COB para coordinar otros beneficios.

Las **Normas de la determinación del orden de beneficios** determinan si este plan es un plan primario o un plan secundario cuando la persona tiene cobertura de atención médica con más de un plan.

Cuando este plan es primario, determina el pago para sus beneficios primero antes que los de cualquier otro plan sin considerar otros beneficios del plan. Cuando este plan es secundario, determina sus beneficios después de los de otro plan y puede reducir los beneficios que paga para que el total de los beneficios pagados por todos los planes no supere la cantidad presentada. En ningún caso los pagos de este plan superarán el cargo máximo aprobado.

Normas de la determinación del orden de beneficios

Cuando una persona tiene cobertura de dos planes o más, las normas para determinar el orden de los pagos de beneficios son las siguientes:

1. Este plan pagará antes que cualquier plan de Medicaid, de jubilados o plan individual que pueda tener.
2. Este plan pagará después de cualquier plan patrocinado por el empleador, de automóviles, colectivo o individual que pueda tener, excepto los que se mencionan en el punto (1) anterior.
3. Si este plan es el plan principal, pagará sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin tener en cuenta los beneficios de cualquier otro plan.
4. Salvo lo dispuesto en el siguiente párrafo, el plan que no tenga una disposición de COB es siempre primario, a menos que la ley exija lo contrario.

La cobertura que se obtiene en virtud de la membresía a un grupo, que está diseñada para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y establece que esta cobertura complementaria será superior a cualquier otra parte del plan proporcionada por el titular del contrato, será secundaria independientemente de si contiene o no una disposición de COB.

5. Un plan puede considerar los beneficios pagados o proporcionados por otro plan para calcular el pago de sus beneficios solo cuando sea secundario con respecto a ese otro plan.

Efecto en los beneficios de este plan

Cuando este plan es secundario, disminuye sus beneficios para que el total de los beneficios pagados o proporcionados por todos los planes durante un año del plan no supere la cantidad presentada total. Para determinar la cantidad que se debe pagar, este plan calculará los beneficios que habría pagado ante la ausencia de otra cobertura de atención médica (cargo máximo aprobado) y aplicará eso a la cantidad restante que le debe al odontólogo después del pago del plan principal. La cantidad pagada por este plan no superará el cargo máximo aprobado.

Derecho de recuperación

Si la cantidad de pagos realizados por Delta Dental es superior a la que debería haber pagado en virtud de esta disposición de COB, podrá recuperar el exceso de una o varias de las personas a las que les haya pagado, o por las que haya pagado, o de cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios proporcionados para la persona cubierta. La “cantidad de pagos realizados” incluye el valor en efectivo razonable de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

Disputas de coordinación

Si cree que no hemos pagado correctamente una reclamación, primero debe intentar resolver el problema comunicándose con nosotros. Usted o su odontólogo deben comunicarse con el departamento de Servicio de Atención al Cliente de Delta Dental y pedirle que verifique la reclamación para asegurarse de que se ha procesado correctamente. Puede hacerlo si llama al número gratuito (800) 330-2732 y habla con un asesor telefónico. También puede enviar su consulta por correo al departamento de Servicio de Atención al Cliente a la siguiente dirección:

Delta Dental
P.O. Box 9230
Farmington Hills, MI 48333-9230

Además, puede seguir el Procedimiento de reclamos y apelaciones a continuación.

Procedimientos de reclamos y apelaciones

Si tomamos una determinación adversa de beneficios, recibirá un Aviso de denegación de cobertura. Usted o su representante autorizado deben solicitar una revisión lo antes posible, pero deben hacerlo en un plazo de **60 días** a partir de la fecha de recepción del aviso de denegación de cobertura. Priority Health puede concederle más tiempo si tiene un buen motivo para no cumplir el plazo.

Existen dos tipos de apelaciones.

Apelación estándar: le proporcionaremos una decisión por escrito sobre una apelación estándar en un plazo de 30 días después de recibir su apelación por una Determinación de la organización

previa al servicio. Nuestra decisión puede tardar más si solicita una extensión o si necesitamos más información sobre su caso. Le avisaremos si necesitamos más tiempo y le explicaremos los motivos. Si su apelación es para el pago de un servicio que ya ha recibido, le comunicaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de 60 días.

Apelación rápida: le proporcionaremos una decisión sobre la apelación rápida en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación. Puede solicitar una excepción rápida si usted o su doctor creen que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera una decisión por hasta 30 días. No puede solicitar una apelación rápida si nos pide que le reembolsemos un servicio que ya ha recibido.

Envíe las apelaciones a la siguiente dirección:

Priority Health
Grievance & Appeals, MS1150
1231 Ease Beltline Ave, NE
Grand Rapids, MI 49525

Fax: (616) 975-8826
Teléfono: (888) 389-6648
TTY: 711

Incluya su nombre y dirección, la identificación de miembro, la explicación de beneficios, el motivo por el que cree que su reclamación fue denegada erróneamente y cualquier otra información que considere que respalda su reclamación. Indique en su carta que está solicitando una apelación formal (apelación estándar o rápida) de su reclamación. Además, tiene derecho a revisar cualquier documento relacionado con su apelación. Si desea un registro de su solicitud y una prueba de que Priority Health la ha recibido, envíe su solicitud por correo certificado con acuse de recibo.

Si quiere que otra persona actúe en su nombre, puede nombrar a un familiar, amigo, abogado, odontólogo o a alguien más para que actúe como su representante. Puede hacer esto siguiendo la sección de representante autorizado que se explicó anteriormente. Usted y la persona que quiere que actúe en su nombre deben firmar y fechar una declaración que confirme que esto es lo que desea. Deberá enviar la declaración por correo o fax a Priority Health.

El director de Odontología o cualquier persona que revise su reclamación no será la misma persona ni estará subordinada a la persona o personas que decidieron inicialmente sobre su reclamación. El revisor garantizará que no se va a considerar la decisión anterior sobre su reclamación. El revisor evaluará la información, incluida cualquier información adicional que usted haya facilitado, como si estuviera resolviendo la reclamación por primera vez. La decisión del revisor tendrá en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y demás información relativa a su reclamación, incluso si la información no estaba disponible cuando se decidió inicialmente sobre su reclamación.

El aviso de cualquier determinación adversa sobre su apelación:

- (a) le informará los motivos específicos para la denegación;
- (b) enumerará las disposiciones pertinentes del plan sobre las que se basa la denegación;
- (c) incluirá una descripción de cualquier información o material adicional que sea necesario para decidir sobre la reclamación y una explicación de por qué se necesita dicha información;
- (d) hará referencia a cualquier norma, pauta o protocolo interno en el que se haya basado la decisión sobre la revisión.

Las apelaciones adversas se presentarán automáticamente a la entidad de revisión independiente contratada por los CMS en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que Priority Health haya recibido la apelación de primer nivel del miembro. Al mismo tiempo, el personal de Apelaciones notificará al miembro que la apelación se ha enviado a la entidad de revisión independiente de los CMS.

Si tiene una reclamación o disputa, diferente a un Aviso de denegación de cobertura, en la que exprese su insatisfacción con la forma en que Priority Health o un odontólogo le ha proporcionado servicios dentales, puede comunicarse con Priority Health en la dirección indicada anteriormente en esta sección o llamar al servicio de atención al cliente al 888.389.6648 en un plazo de 60 días a partir del suceso. Recibirá una respuesta a sus reclamos en un plazo de 30 días a partir de su recepción.

Finalización de la cobertura

Su cobertura Delta Dental puede finalizar automáticamente:

- ◆ Cuando su plan de salud aconseje a Delta Dental que ponga fin a su cobertura.
- ◆ El primer día del mes en que su plan de salud no haya pagado a Delta Dental.
- ◆ Por fraude o falsificación en la presentación de cualquier reclamación.
- ◆ Por cualquier otro motivo mencionado en el contrato entre Delta Dental y su plan de salud.

Delta Dental no continuará la elegibilidad de ninguna persona cubierta por este plan luego de la fecha de finalización solicitada por su plan de salud. Una persona cuya elegibilidad ha finalizado no podrá seguir teniendo cobertura conforme a este Manual del miembro.

La obligación de pagar los beneficios de Delta Dental finaliza el último día de cobertura. Esta fecha suele ser el primer día del mes siguiente a la recepción de una solicitud de cancelación de la inscripción válida y por escrito que haya sido aceptada por su plan durante un período de elección válido de Medicare. Sin embargo, Delta Dental pagará los servicios cubiertos proporcionados el último día de cobertura, o antes, siempre y cuando Delta Dental reciba una reclamación por dichos servicios dentro del año de la fecha del servicio.

Condiciones generales

Subrogación y derecho de reembolso

Si Delta Dental proporciona beneficios en virtud de este plan y usted tiene derecho a recuperar los daños de otra parte, Delta Dental se subroga en ese derecho.

En la medida en que este plan proporcione o pague beneficios por servicios cubiertos, Delta Dental subrogará cualquier derecho que usted o su dependiente elegible tengan que recuperar de otra parte, su asegurador, o según su cobertura de “pagos médicos” o de cualquier “automovilista sin seguro”, “automovilista con seguro insuficiente” u otras disposiciones de cobertura similares. Usted o su representante legal debe hacer lo que sea necesario para permitir que Delta Dental ejerza sus derechos y no hacer nada para perjudicarlos.

Si cobre daños de cualquier parte o a través de cualquier cobertura mencionada anteriormente, debe reembolsar a Delta Dental esa cantidad en la medida de los pagos realizados en virtud de este plan.

Obtención y divulgación de información

Mientras sea una persona elegible, acepta proporcionar a Delta Dental cualquier información necesaria para procesar sus reclamaciones y administrar sus beneficios. Esto incluye permitir a Delta Dental que tenga acceso a su historial dental.

Relación odontólogo-paciente

Las personas elegibles son libres de escoger a cualquier odontólogo. Cada odontólogo mantiene la relación odontólogo-paciente y es el único responsable ante el paciente del asesoramiento y tratamiento dental y de cualquier responsabilidad que surja.

Pérdida de elegibilidad durante el tratamiento

Si una persona elegible pierde la elegibilidad mientras recibe tratamiento dental, solo se pagarán los servicios cubiertos recibidos mientras esa persona tenía la cobertura de este plan.

Determinados servicios que hayan comenzado antes de la pérdida de elegibilidad pueden estar cubiertos si se completan en un plazo de 60 días a partir de la fecha de finalización. En esos casos, Delta Dental evalúa esos servicios en curso para determinar qué parte puede pagar Delta Dental. La diferencia entre el pago de Delta Dental y el cargo total de esos servicios es su responsabilidad.

Presentación de reclamaciones tardía

Delta Dental no realizará pagos por servicios o suministros si no ha recibido una reclamación en el plazo de un año a partir de la fecha en que se completaron los servicios o suministros.

Cambio del Manual del miembro o del contrato

Ningún agente tiene autoridad para modificar las disposiciones del presente Manual del miembro ni las del contrato en el que se basa. Ningún cambio de este Manual del miembro o del contrato subyacente es válida a menos que Delta Dental la apruebe por escrito.

Demandas

No se presentará ninguna demanda por una reclamación legal que surja o se relacione con este Manual del miembro dentro de los 60 días siguientes al aviso de la reclamación legal a Delta Dental, salvo que lo prohíba la ley estatal aplicable. Además, no se puede presentar una demanda más de tres años después de que surgiera por primera vez la reclamación legal o después de la caducidad de la ley de prescripción aplicable, si es más larga. Se considerará que toda persona que pretenda hacerlo ha renunciado a su derecho a iniciar un juicio en relación con dicha reclamación legal. Salvo lo establecido anteriormente, esta disposición no le impide solicitar una decisión judicial ni interponer otros recursos legales disponibles.

Derecho de recuperación debido a fraude

Si Delta Dental paga por servicios que fueron solicitados o recibidos bajo pretextos o circunstancias fraudulentas, falsas o engañosas, paga una reclamación que contiene información falsa o tergiversada, o paga una reclamación que se determina que es fraudulenta debido a sus actos o a los actos de sus dependientes elegibles, puede recuperar ese pago de usted o de sus dependientes elegibles. Usted y sus dependientes elegibles autorizan a Delta Dental a recuperar cualquier pago que se haya determinado en función de información falsa, fraudulenta, engañosa o tergiversada al deducir esa cantidad de cualquier pago que le corresponda debidamente a usted o sus dependientes elegibles. Delta Dental proporcionará una explicación sobre la recuperación del pago en el momento en que se efectúe la deducción.

Derecho aplicable

Este Manual del miembro y el contrato colectivo subyacente se regirán e interpretarán de conformidad con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Beneficios legalmente obligatorios

Si alguna ley aplicable exige una cobertura más amplia o un tratamiento más favorable para usted o sus dependientes elegibles que el que se proporciona conforme a este Manual del miembro, dicha ley prevalecerá sobre el texto de este Manual.

Proveedores sancionados o excluidos

Si elige recibir los servicios de un odontólogo no participante, asegúrese de preguntarle si está excluido del programa Medicare. Delta Dental no puede pagarle a usted ni a su odontólogo los servicios recibidos de un proveedor que ha sido excluido de Medicare.

Toda persona que, con intención de engañar a un asegurador, presente, a sabiendas, una solicitud o reclamación con una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

El fraude de seguros aumenta considerablemente el costo de la atención médica. Si tiene conocimiento de que se ha presentado información falsa a Delta Dental, llame a nuestra línea directa gratuita. Solo aceptamos llamadas antifraude en este número.

LÍNEA DIRECTA GRATUITA ANTIFRAUDE:

800.524.0147

DETALLES DE LA COBERTURA DENTAL OBLIGATORIA

(n.º 9509-4000)

Esta sección proporciona información sobre la **cobertura dental que se incluye en su plan Priority Health Medicare Advantage D-SNP**. La tabla que figura a continuación es un resumen de los servicios cubiertos con el costo y la frecuencia, seguida de una tabla más detallada de los servicios cubiertos que incluye los códigos de procedimiento, y luego las exclusiones y limitaciones.

Su plan dental no tiene un deducible, por lo que empieza a pagar el costo del servicio de inmediato. Además, no hay período de espera, lo que significa que no hay que cumplir ningún plazo antes de que empecemos a cubrir sus beneficios dentales.

Su plan dental cubrirá \$2,500 del costo permitido de los servicios cubiertos.

Servicios cubiertos	Si consulta a un odontólogo participante de Medicare Advantage PPO de Delta Dental, usted paga*	Si consulta a un odontólogo no participante (fuera de la red), usted paga*	Frecuencia
Servicios de diagnóstico y preventivos: exámenes y limpiezas bucales que incluyen limpiezas de mantenimiento periodontal	\$0	100% del costo del servicio*	Dos por año calendario (exámenes y limpiezas bucales) Cuatro por año calendario (limpiezas de mantenimiento periodontal)
Fluoruro	\$0	100% del costo del servicio*	Una vez por año calendario

Servicios cubiertos	Si consulta a un odontólogo participante de Medicare Advantage PPO de Delta Dental, usted paga*	Si consulta a un odontólogo no participante (fuera de la red), usted paga*	Frecuencia
Biopsia por cepillado: para detectar el cáncer oral	\$0	100% del costo del servicio*	Servicio cubierto
Radiografías de molares: un conjunto (hasta 4 imágenes en una sola consulta) de rayos X de molares.	\$0	100% del costo del servicio*	Un conjunto por año calendario
Todas las demás radiografías: serie de la boca completa, radiografías periapicales o panorámicas	\$0	100% del costo del servicio*	Una vez cada 2 años
Servicios de restauración menores: empastes y reparación de corona	\$0	100% del costo del servicio*	Sin límite
Rebasados y reparaciones: para puentes y dentaduras	\$0	100% del costo del servicio*	Una vez cada 36 meses, por aparato
Extracciones simples: extracción no quirúrgica de dientes	\$0	100% del costo del servicio*	Una de por vida, por diente
Otros servicios básicos: ciertas imágenes y pruebas	\$0	100% del costo del servicio*	Una vez por consulta
Servicios de prostodoncia: puentes y dentaduras	\$0	100% del costo del servicio*	Una vez cada 60 meses
Anestesia	\$0	\$0	Se paga junto con los servicios cubiertos cuando es médicamente necesaria

*Los servicios recibidos de odontólogos que NO participan en la red de Medicare Advantage PPO de Delta Dental no son beneficios cubiertos.

IMPORTANTE: Si recibe servicios de un odontólogo que NO participa en la red Medicare Advantage PPO de Delta Dental, SERÁ RESPONSABLE del costo total de esos servicios y Delta Dental no hará ningún pago. Los odontólogos de la red (participantes) son los que se encuentran en Michigan, Indiana y Ohio y están en la red Medicare Advantage PPO de Delta Dental. Todos los demás odontólogos se consideran proveedores fuera de la red (no participantes). Consulte las secciones anteriores; “¿Por qué seleccionar un odontólogo participante de Medicare Advantage de Delta Dental?” y “¿Cómo se realiza el pago a los odontólogos participantes y no participantes de Medicare Advantage de Delta Dental?” para obtener más detalles.

Códigos de procedimientos cubiertos por la atención dental OBLIGATORIA

Esta sección proporciona una lista de los procedimientos dentales cubiertos por su plan. **Si un procedimiento no figura en esta lista, no es un beneficio cubierto por su plan.** Las limitaciones de los beneficios de estos programas se indican, cuando corresponde, en la columna Limitaciones de los beneficios. Algunos servicios comparten frecuencias. Puede encontrar información adicional sobre las limitaciones de frecuencia en este Manual del miembro.

*Tenga en cuenta que determinados procedimientos pueden requerir la revisión o la información del diagnóstico, como radiografías o registros de tratamientos del paciente, para procesar reclamaciones y realizar determinaciones definitivas respecto del pago. **Si se necesitan más aclaraciones sobre su cobertura y beneficios, solicite a su odontólogo una determinación de la organización previa al servicio (Pre-Service Organization Determination, PSOD).**

Las PSOD vencen al final del año de beneficios. Una vez que comienza un nuevo año de beneficios, se recomienda presentar otra solicitud de PSOD para determinar si el servicio está cubierto por el plan de beneficios actual.

Puede que sea necesario modificar los códigos indicados para cumplir con las regulaciones estatales, federales y de la Asociación Dental Americana (ADA). Los códigos de la ADA están sujetos a actualizaciones anuales que pueden no reflejarse en la lista proporcionada.

Los servicios para los que Delta Dental proporcionará una bonificación para el tratamiento opcional se incluyen dentro de la columna Frecuencia y limitaciones de la Lista de códigos cubiertos. Recuerde, usted es responsable de la diferencia del costo por cualquier tratamiento opcional.

Código	Descripción	El plan paga por un odontólogo de Medicare Advantage de Delta Dental	El plan paga por un odontólogo no participante (fuera de la red)	Limitaciones de beneficios
D0100-D0999 Diagnóstico				
D0120	evaluación oral periódica: paciente establecido	100%	0%	Dos por año calendario: (incluidos los exámenes de un especialista)
D0140	evaluación oral limitada: centrada en un problema	100%	100%	Cuando se necesite para un diagnóstico de una afección de emergencia
D0150	evaluación oral integral: paciente nuevo o establecido	100%	0%	Una vez cada 36 meses
D0160	evaluación oral detallada y extensa: centrada en un problema, por informe	100%	0%	Una vez cada 36 meses
D0180	evaluación periodontal integral: paciente nuevo o establecido	100%	0%	Una vez por año calendario
D0190	prueba de control de un paciente	100%	0%	Una vez por año calendario
D0220*, D0230*, D0240*, D0250*	intraoral: imagen periapical u oclusal	100%	0%	Servicio cubierto
D0210	intraoral: series completas	100%	0%	Una vez por 2 años calendario
D0270, D0272, D0273, D0274, D0277	rayos X de molares	100%	0%	Una vez por año calendario
D0330	imagen panorámica	100%	0%	Una vez por 2 años calendario

Código	Descripción	El plan paga por un odontólogo de Medicare Advantage de Delta Dental	El plan paga por un odontólogo no participante (fuera de la red)	Limitaciones de beneficios
D0364, D0365, D0366, D0367	captura e interpretación de tomografía computada de haz cónico con campo de visión limitado: menos de un maxilar completo	100%	0%	Servicio cubierto
D0419	evaluación del flujo salival, por medición	100%	0%	Una vez por un periodo de 3 años
D0460	pruebas de vitalidad pulpar	100%	0%	Se pagan por consulta, no por diente, para el diagnóstico de afecciones de emergencia
D0999	procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe	100%		Beneficio determinado por la revisión del asesor
Notas sobre servicios de diagnóstico: - Los rayos X de molares se cubren una vez por año calendario, excepto en los años en que le hagan la radiografía de toda la boca o panorámica. - Algunos exámenes comparten frecuencias.				
D1000-D1999 Prevención				
D1110	profilaxis: adulto	100%	0%	Dos veces por año calendario
D1206, D1208	aplicación tópica de fluoruro	100%	0%	Una vez por año calendario
Notas sobre servicios preventivos: - Toda combinación de limpiezas dentales (profilaxis y limpiezas periodontales) se pagará dos veces por año calendario. - La profilaxis se paga únicamente para los dientes naturales.				

Código	Descripción	El plan paga por un odontólogo de Medicare Advantage de Delta Dental	El plan paga por un odontólogo no participante (fuera de la red)	Limitaciones de beneficios
D2000-D2999 Restauración				
D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394	amalgama y resina compuesta	100%	0%	Las restauraciones con amalgama y resina compuesta se pagan una vez en cualquier período de dos años, cuando se realizan en el mismo diente y la misma superficie, independientemente de la cantidad o la combinación de restauraciones hechas en una superficie
D2910*	recementado o readhesivo de incrustaciones, restauraciones, carillas o restauraciones de cobertura parcial	100%	0%	Servicio cubierto
D2915*	recementado o readhesivo de perno y corona prefabricados o fabricados indirectamente	100%	0%	Servicio cubierto
D2920*	recementado o readhesivo de la corona	100%	0%	Servicio cubierto
D2921*	reimplantación de un fragmento de diente, borde incisal o cúspide	100%	0%	Servicio cubierto

Código	Descripción	El plan paga por un odontólogo de Medicare Advantage de Delta Dental	El plan paga por un odontólogo no participante (fuera de la red)	Limitaciones de beneficios
D2940	restauración protectora	100%	0%	Una vez por diente, de por vida, y se considera que es parte del cargo cuando se realiza junto con una restauración definitiva, un revestimiento de esmalte indirecto o un tratamiento de endodoncia (incluida la pulpotomía)
D2941	restauración terapéutica temporal: dentición primaria	100%	0%	Una vez por diente primario
D2951*	retención del pasador: por diente, además de la restauración	100%	0%	Una vez por diente toda la vida
D2980*, D2981*, D2982*, D2983*	reparación necesaria por falla del material de restauración	100%	0%	Servicio cubierto
D2999*	procedimiento restaurador no especificado, por informe	100%	0%	Beneficio determinado por la revisión del asesor

Código	Descripción	El plan paga por un odontólogo de Medicare Advantage de Delta Dental	El plan paga por un odontólogo no participante (fuera de la red)	Limitaciones de beneficios
Notas sobre servicios de restauración: - Las restauraciones menores posteriores no constituirían un beneficio dentro de ese período de cinco años en coronas o restauraciones. - Las coronas o restauraciones se pagan solo por la pérdida extensa de la estructura de un diente debido a caries o fractura (estructura del diente perdida o móvil). Nuestro estándar para la pérdida extensa de la estructura dental es una pérdida del 50% del diente. - Es posible que los odontólogos participantes no cobren a los miembros por la recomendación de una corona, restauración o puente en los 6 meses posteriores a la fecha de colocación. - Si los implantes NO están cubiertos, las coronas sobre implantes tampoco lo están. - Las coronas sobre puentes NO están cubiertas si los puentes NO están cubiertos. - Las restauraciones con amalgama y resina compuesta se pagan una vez en cualquier período de dos años con el mismo odontólogo, cuando se realizan en el mismo diente y la misma superficie, independientemente de la cantidad o la combinación de restauraciones hechas en una superficie.				
D4000-D4999 Periodoncia				
D4341*, D4342*	raspado periodontal y alisado radicular	100%	0%	No más de 2 cuadrantes de raspado y alisado radicular en la misma fecha de servicio
D4346	raspado en presencia de una inflamación gingival generalizada moderada o severa: boca completa, después de la evaluación oral	100%	0%	Incluido en la frecuencia de limpieza de dos veces por año calendario
D4910*	mantenimiento periodontal	100%	0%	Se limitan a 4 por año calendario y se reducirán por la cantidad de limpiezas de rutina recibidas durante el mismo año calendario.

Código	Descripción	El plan paga por un odontólogo de Medicare Advantage de Delta Dental	El plan paga por un odontólogo no participante (fuera de la red)	Limitaciones de beneficios
D4355	desbridamiento de toda la boca para poder realizar una evaluación y un diagnóstico completos en una consulta posterior	100%	0%	Una vez de por vida
D4999	procedimiento periodóntico no especificado, por informe	100%	0%	Beneficio determinado por la revisión del asesor
Notas sobre servicios de periodoncia: Las limpiezas periodontales se limitan a 4 por año calendario y se reducirán por la cantidad de limpiezas de rutina recibidas durante el mismo año calendario, de modo que la cantidad total de limpiezas no superará las 4 en un año calendario.				
D5000-D5999 Prostodoncia (removable)				
D5110*, D5120*, D5130*, D5140*	dentadura completa/inmediata	100%	0%	Una vez por período de cinco años
D5211*, D5212*, D5213*, D5214*	dentadura parcial: base de resina (incluidos los materiales de retención/agarre, apoyos y dientes)	100%	0%	Una vez por período de cinco años
D5221*, D5222*, D5223*, D5224*	dentadura parcial inmediata: base de resina (incluidos los materiales de retención/agarre, apoyos y dientes)	100%	0%	Una vez por período de cinco años
D5225*, D5226*	dentadura parcial: base flexible (incluidos los materiales de retención/agarre, apoyos y dientes)	100%	0%	Una vez por período de cinco años

Código	Descripción	El plan paga por un odontólogo de Medicare Advantage de Delta Dental	El plan paga por un odontólogo no participante (fuera de la red)	Limitaciones de beneficios
D5227* D5228*	dentadura parcial maxilar/mandibular inmediata: base flexible (incluidos los ganchos, apoyos y dientes)	100%	0%	Una vez por período de cinco años
D5282*, D5283*, D5284*, D5286*	dentadura parcial unilateral removible: base flexible (incluidos los materiales de retención/agarre, apoyos y dientes)	100%	0%	Una vez por período de cinco años
D5410*, D5411*, D5421*, D5422*	ajuste completo/parcial dentadura.	100%	0%	Servicio cubierto
D5511*, D5512*, D5611*, D5612*, D5621*, D5622*, D5630*,	reparación de dentadura completa o parcial rota	100%	0%	Servicio cubierto
D5520*	reemplazo de dientes perdidos o rotos: dentadura completa (cada diente)	100%	0%	Servicio cubierto
D5640*	reemplazo de diente roto: por diente	100%	0%	Servicio cubierto
D5650*	adición de un diente a una dentadura parcial existente	100%	0%	Servicio cubierto
D5660*	adición de un gancho a una dentadura parcial existente: por diente	100%	0%	Servicio cubierto

Código	Descripción	El plan paga por un odontólogo de Medicare Advantage de Delta Dental	El plan paga por un odontólogo no participante (fuera de la red)	Limitaciones de beneficios
D5670*, D5671*	reemplazo de todos los dientes yacrílico en soporte protésico de metal moldeado	100%	0%	Servicio cubierto
D5710, D5711, D5720, D5721	reparación de base completa o dentadura parcial	100%	0%	Una vez por período de 36 meses
D5725	reparación de base de la prótesis híbrida	100%	0%	Una vez por período de cinco años
D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761	rebasado completo o dentadura parcial	100%	0%	Una vez por período de 36 meses
D5765	revestimiento blando para dentadura removible completa o parcial: indirecto	100%	0%	Una vez por período de 36 meses
D5820, D5821	dentadura parcial temporal	100%	0%	Se paga por el reemplazo de los dientes anteriores permanentes durante el período de curación
D5850, D5851	acondicionamiento del tejido	100%	0%	Dos veces por período de 36 meses
D5899*	procedimiento prostodóntico removible no especificado, por informe	100%	0%	Beneficio determinado por la revisión del asesor
D5931*	prótesis obturadora, quirúrgica	100%	0%	Sujeto a revisión

Código	Descripción	El plan paga por un odontólogo de Medicare Advantage de Delta Dental	El plan paga por un odontólogo no participante (fuera de la red)	Limitaciones de beneficios
D5999*	prótesis maxilofacial no especificadas, por informe	100%	0%	Beneficio determinado por la revisión del asesor
Notas sobre servicios de prostodoncia (removible): - Se pagan una dentadura postiza superior completa y una dentadura postiza inferior completa, así como cualquier implante utilizado para sostener una dentadura postiza, una vez por cada período de cinco años. - Una dentadura parcial removible, un implante endosteal (que no sea para sostener una dentadura) o un puente fijo se pagan una vez por cada período de cinco años, a menos que la pérdida de dientes adicionales requiera la construcción de un nuevo aparato. - La bonificación para una reparación de dentadura (incluido el rebasado o la reparación de base) no excederá la mitad del cargo por una dentadura nueva.				
D6200-D6999 Prostodoncia (fija)				
D6210*, D6211*, D6212*, D6214*	póntico	100%	0%	Una vez por un período de 5 años
D6240*, D6241*, D6242*, D6243*	póntico: porcelana fundida	100%	0%	Una vez por un período de 5 años
D6250*, D6251*, D6252*	póntico: resina	100%/opcional	0%	Una vez por un período de 5 años; servicio opcional en dientes posteriores El plan pagará solo la cantidad aplicable que pagaría por un póntico completamente de metal
D6245*	póntico: porcelana/cerámica	Opcional	0%	Se pueden considerar los beneficios para una prótesis fija convencional

Código	Descripción	El plan paga por un odontólogo de Medicare Advantage de Delta Dental	El plan paga por un odontólogo no participante (fuera de la red)	Limitaciones de beneficios
D6545*	retenedor: metal fundido para prótesis fija de resina unida	100%	0%	Una vez por un período de 5 años según la revisión del asesor
D6602*, D6603*	incrustación de retenedor: metal muy noble fundido	100%	0%	Una vez por un período de 5 años según la revisión del asesor
D6604*, D6605*	incrustación de retenedor: metal base principalmente fundido en su totalidad	100%	0%	Una vez por un período de 5 años según la revisión del asesor
D6606*, D6607*	incrustación de retenedor: metal noble fundido	100%	0%	Una vez por un período de 5 años según la revisión del asesor
D6610*, D6611*	restauración de retenedor: metal muy noble fundido	100%	0%	Una vez por un período de 5 años según la revisión del asesor
D6612*, D6613*	restauración de retenedor: metal base principalmente fundido en su totalidad	100%	0%	Una vez por un período de 5 años según la revisión del asesor
D6614*, D6615*	restauración de retenedor: metal noble fundido	100%	0%	Una vez por un período de 5 años según la revisión del asesor
D6624*	incrustación de retenedor: titanio	100%	0%	Una vez por un período de 5 años según la revisión del asesor
D6634*	restauración de retenedor: titanio	100%	0%	Una vez por un período de 5 años según la revisión del asesor

Código	Descripción	El plan paga por un odontólogo de Medicare Advantage de Delta Dental	El plan paga por un odontólogo no participante (fuera de la red)	Limitaciones de beneficios
D6720*, D6721*, D6722*	retenedor de corona: resina con metal muy noble	100%	0%	Una vez por un período de 5 años
D6750*, D6751*, D6752*, D6753*	retenedor de corona: porcelana fundida con metal muy noble	100%/opcional	0%	Una vez por un período de 5 años; servicio opcional en dientes posteriores El plan pagará solo la cantidad aplicable que pagaría por un retenedor de corona completamente de metal
D6780*, D6781*, D6782*, D6784*	retenedor de corona: 3/4 fundido	100%	0%	Una vez por un período de 5 años según la revisión del asesor
D6790*, D6791*, D6792*, D6794*	retenedor de corona: completamente fundido	100%	0%	Una vez por un período de 5 años según la revisión del asesor
D6930*	recementado o readhesivo de dentadura parcial fija	100%	0%	Servicio cubierto
D6980	reparación de dentadura parcial fija, necesaria por falla del material de restauración	100%	0%	Servicio cubierto
D6999*	procedimiento de prostodoncia fija no especificado, por informe	100%	0%	Beneficio determinado por la revisión del asesor
Notas sobre servicios de prostodoncia (fija): Los procedimientos de pilares de prótesis parciales fijas y pónicos pueden requerir radiografías preoperatorias.				

Código	Descripción	El plan paga por un odontólogo de Medicare Advantage de Delta Dental	El plan paga por un odontólogo no participante (fuera de la red)	Limitaciones de beneficios
D7000-D7999 Cirugía oral y maxilofacial				
D7111*	extracción, restos coroneles: diente primario	100%	0%	Una vez por diente toda la vida
D7140*	extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps)	100%	0%	Una vez por diente toda la vida
D7210*	extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps)	100%	0%	Una vez por diente toda la vida
D7220*, D7230*, D7240*	extracción de diente impactado	100%	0%	Una vez por diente toda la vida
D7241*	extracción de diente impactado: completamente óseo con inusuales complicaciones quirúrgicas	100%	0%	Una vez por diente toda la vida
D7250*	extracción de las raíces residuales del diente (procedimiento de corte)	100%	0%	Una vez por diente toda la vida
D7251*	coronectomía: extracción parcial de un diente intencional	100%	0%	Una vez por diente toda la vida
D7270*	reimplantación o estabilización de un diente desplazado o expulsado accidentalmente	100%	0%	Servicio cubierto
D7280*	exposición de un diente no erupcionado	100%	0%	Servicio cubierto

Código	Descripción	El plan paga por un odontólogo de Medicare Advantage de Delta Dental	El plan paga por un odontólogo no participante (fuera de la red)	Limitaciones de beneficios
D7282*	movilización del diente erupcionado o mal posicionado para ayudar en la erupción	100%	0%	
D7283*	colocación de un dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado	100%	0%	Servicio cubierto
D7286*	biopsia de tejido oral: blando	100%	0%	
D7288*	biopsia por cepillado: toma de muestras transeptiliales	100%	0%	Servicio cubierto
D7290*	reposición quirúrgica de dientes	100%	0%	Servicio cubierto
D7291*	fibrotomía transeptal/fibrotomía supracrestal, por informe	100%	0%	Servicio cubierto
D7310*, D7311*	alveoloplastia junto con extracciones: por cuadrante	100%	0%	Servicio cubierto
D7320*, D7321*	alveoloplastia no junto con extracciones: por cuadrante	100%	0%	Servicio cubierto
D7510*	incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral	100%	0%	Servicio cubierto
D7511*	incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral, complicado (incluye el drenaje de múltiples espacios fasciales)	100%	0%	Servicio cubierto
D7910*	sutura de pequeñas heridas recientes de hasta 5 cm	100%	0%	Servicio cubierto
D7970*	escisión de tejido hiperplásico: por arco	100%	0%	Servicio cubierto

Código	Descripción	El plan paga por un odontólogo de Medicare Advantage de Delta Dental	El plan paga por un odontólogo no participante (fuera de la red)	Limitaciones de beneficios
D7971*	escisión de encía pericoronal	100%	0%	Servicio cubierto
D7999*	procedimiento quirúrgico oral no especificado, por informe	100%	0%	Beneficio determinado por la revisión del asesor
D9000-D9999 Servicios generales adjuntos				
D9222, D9223	sedación profunda/anestesia general	100%	0%	Se paga junto con los servicios que califican
D9239, D9243	sedación/analgesia (consciente) moderada e intravenosa	100%	0%	Se paga junto con los servicios que califican

*Tenga en cuenta que los procedimientos en los siguientes rangos de códigos pueden requerir la revisión de rutina o la información del diagnóstico, como radiografías o registros de tratamientos del paciente, para procesar reclamaciones y realizar determinaciones definitivas respecto del pago: D0220-D0240 Diagnóstico; D2910-D2999 Restauración; D4910 Periodoncia; D5000-D5999 Prostodoncia (removible); D6200-D6999 Prostodoncia (fija); D7000-D7999 Cirugía oral y maxilofacial

INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN DE LA VISTA

(Obligatoria)

Nuestro socio, EyeMedSM, administra sus beneficios de atención de la vista de rutina.

Si tiene preguntas sobre su cobertura de atención de la vista de rutina, comuníquese con el departamento de Servicio de Atención al Cliente de EyeMed llamando al 844.366.5127, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este (TTY 711). Para obtener ayuda los sábados o domingos, llame a Priority Health Medicare al 833.939.0983 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.

¿QUÉ NECESITO CUANDO ASISTO A MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE LA VISTA DE RUTINA?

Cuando programe una cita, identifíquese como miembro de Priority Health Medicare con cobertura de EyeMed y proporcione su nombre e identificación de miembro, que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro de Priority Health. Confirme que el proveedor está en la red de EyeMed “Select”. Aunque su tarjeta de identificación no es necesaria para recibir servicios, es útil presentar su tarjeta de identificación de miembro de Priority Health para identificar su membresía.

¿POR QUÉ DEBO ELEGIR UN PROVEEDOR DE EYEMED “SELECT”?

Los proveedores de EyeMed “Select” presentarán su reclamación en su nombre, usted **DEBE** asistir a un proveedor de EyeMed “Select” para acceder a estos beneficios. Además, estos proveedores pueden ofrecer descuentos adicionales.

¿CÓMO BUSCO UN PROVEEDOR DE EYEMED “SELECT”?

Para buscar un proveedor de la red (proveedores en la red EyeMed “Select”), visite priorityhealth.com y utilice la herramienta “Find a Doctor” (Buscar un doctor) o llame al departamento de Servicio de Atención al Cliente de EyeMed al 844.366.5127, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este (TTY 711).

Tiene acceso a miles de proveedores independientes y minoristas, incluidas estas tiendas minoristas nacionales: LensCrafters®, Target® Optical y la mayoría de las ubicaciones de Pearle Vision®. Además, puede utilizar su beneficio de lentes de contacto en *ContactsDirect.com* o *lenscrafters.com*. Algunos de los otros proveedores en línea de la red para monturas y lentes son: *glasses.com*, *Ray-Ban.com*, *TargetOptical.com* y *lenscrafters.com*. Sus lentes de contacto, monturas o lentes se enviarán directamente a su domicilio.

CÓMO SE REALIZA EL PAGO A LOS PROVEEDORES DE LA RED EYEMED “SELECT”

Cuando recibe servicios dentro de la red de un proveedor EyeMed “Select”, el proveedor presentará su reclamación. Deberá pagar el costo de todos los servicios o anteojos y lentes de contacto que superen las bonificaciones o los descuentos de sus beneficios. Además, deberá el impuesto estatal, si corresponde, y el costo de cualquier gasto no cubierto. Para los servicios y suministros que no son de EyeMed “Select”, los proveedores no están cubiertos en este plan. Debe consultar a un proveedor de la red EyeMed “Select”.

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS Y APELACIONES

Consulte el Capítulo 9 “*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja*” de este documento de Evidencia de Cobertura para obtener detalles.

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DE LA VISTA OBLIGATORIA

El Resumen de la atención de la vista obligatoria proporciona información sobre la **cobertura de la vista de rutina que se incluye en su plan Priority Health Medicare Advantage D-SNP**. La siguiente tabla incluye sus servicios cubiertos, el costo y la frecuencia, seguidos de los ahorros y descuentos adicionales disponibles para usted y las exclusiones.

Su atención de la vista de rutina no tiene un deducible que se deba alcanzar. Además, no hay período de espera, lo que significa que no hay que cumplir ningún plazo antes de que empecemos a cubrir sus beneficios de la vista de rutina.

Servicios cubiertos	Beneficios de los proveedores de la red de EyeMed “Select”⁽¹⁾	Frecuencia
El examen de rutina incluye refracción con dilatación, según sea necesario	Copago de \$0	Una vez por año calendario.
Diagnóstico por imágenes de la retina	Copago de \$0	
Paquete de beneficios de monturas, lentes y opciones de lentes (combinado)	Paquete de monturas, lentes y opciones de lentes (combinado): \$200 de bonificación ⁽²⁾ ; o	
O	Lentes de contacto convencionales: \$200 de bonificación ⁽²⁾ ; o	
Lentes de contacto (Para los lentes de contacto para un solo ojo, el plan pagará la mitad de la cantidad que se paga para los lentes de contacto para ambos ojos)	Lentes de contacto desechables: \$200 de bonificación ⁽²⁾ ; o Lentes de contacto médicamente necesarios ⁽³⁾ : Copago de \$0	

⁽¹⁾ Debe asistir a un proveedor de la red EyeMed “Select” cuando utilice los beneficios de la red.

⁽²⁾ El plan permite a los miembros presentar diversos materiales (anteojos o lentes de contacto) hasta que el beneficio se utilice en su totalidad. La bonificación del plan no se puede combinar con promociones de la tienda.

⁽³⁾ La cobertura de los lentes de contacto médicamente necesarios se proporciona cuando existe una de las siguientes afecciones: anisometropía de 3D en potencias de los meridianos, ametropía alta (superior a -10D o +10D en potencias de los meridianos), queratocono (cuando la vista del miembro no es corregible a 20/25 en uno o ambos ojos con lentes oftálmicos estándar), mejora de la vista para miembros cuya vista se puede corregir dos líneas de mejora en la tabla de agudeza visual en comparación con los lentes oftálmicos estándar con la corrección óptima. El beneficio no se puede ampliar para otras afecciones oculares. incluso si usted o sus proveedores consideran que los lentes de contacto son necesarios para otras afecciones oculares o para la mejora de la vista.

Descuentos adicionales

Una vez que se agoten sus beneficios dentro de la red, podrá recibir los siguientes descuentos de un proveedor de EyeMed durante su período de beneficios:

- 20% de descuento en el saldo de más de \$200 para un paquete de monturas, lentes y opciones de lentes
- 15% de descuento en el saldo de más de \$200 para lentes de contacto convencionales
- Beneficio de pares adicionales: 40% de descuento en las compras de un par completo de anteojos (incluidos los anteojos de sol recetados) una vez que se ha utilizado el beneficio financiado.

Es posible que estos descuentos para proveedores de la red no se puedan combinar con otros descuentos u ofertas promocionales. Los descuentos no se aplican a los servicios profesionales de los proveedores de EyeMed “Select”, los lentes de contacto desechables ni ciertos materiales oftalmológicos de marca comercial en los que el fabricante impone una práctica o política de “sin descuento”. Es posible que los descuentos en servicios no estén disponibles en todos los proveedores de EyeMed “Select”.

Ahorros en la corrección de vista con láser

EyeMed, en relación con U.S. Laser Network, que es propiedad y está administrada por LCA Vision, le ofrece beneficios para LASIK y PRK. Recibirá un descuento cuando lo utilice dentro de la red en U.S. Laser Network. U.S. Laser Network ofrece muchos puntos de venta en todo el país. Para obtener más información o localizar a un proveedor de la red, visite www.eyemedlasik.com o llame al 877.5LASER6.

Descuento:

- 15% de descuento en el precio minorista, o
- 5% de descuento en el precio promocional

Una vez que haya localizado un proveedor de U.S. Laser Network, comuníquese con él y confirme que está en la red, identifíquese como miembro de Priority Health Medicare con cobertura de la vista de EyeMed y programe una consulta para determinar si es un buen candidato para la corrección de la vista con láser. Si es un buen candidato y programa un tratamiento, deberá volver a llamar a U.S. Laser Network al 877.5LASER6 para activar el descuento.

En el momento de programar el tratamiento, será responsable de pagar un depósito reembolsable inicial a U.S. Laser Network. Una vez recibido el depósito, y antes del tratamiento, U.S. Laser Network emitirá un número de autorización a su proveedor. Una vez que reciba el tratamiento, el depósito se deducirá del costo total del tratamiento. El día del tratamiento, deberá pagar o arreglar el pago del saldo restante del cargo. Si decide no someterse al tratamiento, se le reembolsará el depósito.

Exclusiones para la atención de la vista OBLIGATORIA

No se pagarán beneficios por servicios o materiales relacionados o cargos derivados de lo siguiente:

1. Tratamiento médico o quirúrgico, servicios o suministros para el tratamiento del ojo, los ojos o las estructuras de soporte.
2. Refracción, cuando no se proporcione como parte de un examen oftalmológico completo.
3. Servicios prestados como resultado de cualquier Ley de Compensación Laboral, o legislación similar, o requeridos por cualquier agencia o programa gubernamental ya sea federal, estatal o subdivisiones de los estos.
4. Entrenamiento ortóptico o de la vista, dispositivos de ayuda para la vista subnormal y cualquier prueba complementaria relacionada.
5. Lentes aniseicónicos.
6. Cualquier examen de la vista o materiales correctivos de la vista que exija el titular de la póliza como condición de empleo.
7. Anteojos de seguridad.
8. Soluciones, productos de limpieza o estuches para monturas.
9. Anteojos de sol no recetados.
10. Lentes planos (no recetados).
11. Lentes de contacto planos (no recetados).
12. Dos pares de anteojos en lugar de bifocales.
13. Dispositivos electrónicos para la vista.
14. Servicios prestados después de la fecha en que una persona asegurada deja de estar cubierta por la póliza, excepto cuando se entregan materiales oftalmológicos pedidos antes de que finalice la cobertura, y servicios prestados a la persona asegurada dentro de los 31 días siguientes a la fecha de dicho pedido.
15. Los lentes, monturas, anteojos o lentes de contacto perdidos o rotos que se repongan antes de la siguiente frecuencia de beneficios, cuando los materiales oftalmológicos vuelvan a estar disponibles.

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN AUDITIVA

(Obligatoria)

Como miembro de Priority Health Medicare D-SNP, su plan incluye cobertura de audición de rutina a través de nuestra sociedad con TruHearing™, que administra estos beneficios.

Si tiene preguntas sobre su cobertura, comuníquese con TruHearing al 833.714.5355, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los usuarios de TTY deben llamar al 711. Para obtener ayuda los sábados o domingos, llame a Priority Health Medicare al 833.939.0983 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.; o escriba a TruHearing a la siguiente dirección:

TruHearing, Inc.

12936 Frontrunner Blvd #100

Draper, UT 84020

¿DEBO USAR UN PROVEEDOR DE LA RED DE TRUHEARING?

Sí, debe usar un proveedor de la red TruHearing para que se cubran los servicios.

CÓMO BUSCAR UN PROVEEDOR DE LA RED DE TRUHEARING

Llame a TruHearing al 833.714.5355.

¿DEBO LLAMAR A TRUHEARING ANTES DE ASISTIR A UN PROVEEDOR DE LA RED DE TRUHEARING?

Sí. Para acceder a sus beneficios, debe llamar a TruHearing al 833.714.5355 para programar una cita con un proveedor de la red de TruHearing. Un asesor de TruHearing verificará su cobertura y lo ayudará a programar un examen auditivo con un proveedor de audición de la red. Si se descubre una pérdida auditiva, su audiólogo o audioprotesista le ayudará a elegir los audífonos adecuados para su pérdida auditiva.

Si recibe servicios de un proveedor de la red de TruHearing sin haber llamado primero a TruHearing para acceder a sus beneficios, pagará el costo total de los servicios recibidos. NO recibirá un reembolso.

¿QUÉ SUCEDE SI USO UN PROVEEDOR QUE NO ES DE LA RED TRUHEARING?

Si elige recibir servicios de un proveedor que no es de la red de TruHearing, **pagará el costo total de los servicios recibidos. NO recibirá un reembolso.** Los servicios y suministros de los proveedores que no son de TruHearing no están cubiertos en este plan.

CÓMO SE REALIZA EL PAGO A LOS PROVEEDORES DE LA RED DE TRUHEARING

TruHearing trabaja con sus proveedores de la red para realizar los pagos. Usted es responsable de pagar cualquier costo compartido aplicable que no esté cubierto en la tabla actual de servicios cubiertos descritos a continuación. También es responsable de pagar cualquier cargo que supere el beneficio máximo disponible en este plan por los servicios de proveedores, suministros o audífonos.

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS Y APELACIONES

Consulte el Capítulo 9 “*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja*” de este documento de Evidencia de Cobertura para obtener detalles.

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DE LA AUDICIÓN OBLIGATORIA

El Resumen de la atención de la audición obligatoria proporciona información sobre la **cobertura de la audición de rutina que se incluye en su plan Priority Health Medicare Advantage D-SNP.** La siguiente tabla incluye sus servicios cubiertos, el costo y la frecuencia, seguidos de lo que está incluido con su compra de audífonos y todas las exclusiones que se apliquen.

Su atención de la audición de rutina no tiene un deducible que se deba alcanzar. Además, no hay período de espera, lo que significa que no hay que cumplir ningún plazo antes de que empecemos a cubrir sus beneficios de la audición de rutina.

Servicios cubiertos	Beneficios del proveedor de la red TruHearing ⁽¹⁾	Frecuencia
Examen de audición (rutina)	Copago de \$0	Uno por año calendario
Audífonos a través de TruHearing limitados a audífonos “Advanced”, disponibles en varios estilos y colores. Para acceder a sus beneficios, llame a TruHearing al 833.714.5355, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., para programar una cita.	Audífono Advanced: copago de \$0 por audífono	Hasta dos audífonos TruHearing Advanced cada año calendario (uno por oído, al año).

- Audífonos Advanced: dispositivos Advanced equipados para controlar entornos en los que es difícil escuchar.

Las compras de audífonos incluyen:

- Consultas al proveedor durante el primer año de la compra de audífonos
- 3 años de garantía por pérdidas y daños
- Período de prueba libre de riesgos de 60 días
- 80 pilas por audífono
- Moldes para orejas (para los estilos de audífonos aplicables)

Exclusiones para la atención de la audición OBLIGATORIA

- Cualquier audífono que no figure en la tabla de beneficios anterior
- Accesorios para audífonos
- Costos relacionados con la capacidad de recarga opcional
- Pilas adicionales para audífonos
- Consultas al proveedor adicionales
- Costos de la garantía de reemplazo

Servicio de Atención al Cliente de PriorityMedicare D-SNP

Método	Servicio de Atención al Cliente: información de contacto
LLAME AL	833.939.0983 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. El Servicio de Atención al Cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	616.942.0995
ESCRIBA A	Customer Service Department, MS 1115 Priority Health Medicare 1231 East Beltline Ave, NE Grand Rapids, MI 49525 <i>MedicareCS@priorityhealth.com</i>
SITIO WEB	<i>priorityhealth.com/dsnpplan24</i>

Programa de asistencia Medicare/Medicaid de Michigan (MMAP)

Programa de asistencia Medicare/Medicaid de Michigan es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	800.803.7174 o marque 211
ESCRIBA A	<i>MMAP</i> <i>6105 W St. Joseph Hwy, Suite 204</i> <i>Lansing, MI 48917-4850</i>
SITIO WEB	<i>mmapinc.org</i>

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



prioritymedicare.com